

**UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE**

Husitská teologická fakulta

**Diplomová práce**

**Vliv aktivity na kvalitu života seniorů**

**Influence of activity to quality of life in old age**

Vedoucí práce:

MUDr. Jiřina Ondrušová

Autor:

Kateřina Lechaciu

Praha 2011

## **Anotace**

Diplomová práce „Vliv aktivity na kvalitu života seniorů" pojednává o problematice kvalitního aktivního stárnutí. Zejména se věnuje všem vlivům seniorských aktivit, které významně ovlivňují plnohodnotné prožívání poslední etapy lidského života. Značná část práce popisuje moje vlastní konkrétní dotazníkové šetření, které jsem osobně zadala formou výzkumných dotazníků mezi seniory staršími 60 let. Cílem práce je zhodnocení všech vlivů, kterými aktivita kladně působí na kvalitu života seniorů.

## **Annotation**

The thesis "Influence of activity to quality of life in old age" deals with the issue of quality active aging. In particular, it focuses on all the effects of senior activities that significantly affect full experience of the last stages of human life. Most of the work describes my own specific questionnaire, which I personally made by questionnaire research among the 60 years old seniors. The aim is to evaluate all factors, that activity positively affects the seniors' quality of life.

## **Klíčová slova**

Stáří, stárnutí, senior, aktivní život, zdraví, choroby ve stáří, kvalita života.

## **Keywords**

Old age, aging, senior, active life, health, senior diseases, quality of life.

## **Prohlášení:**

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracovala samostatně a použila jen uvedené prameny a literaturu. Současně dávám svolení k tomu, aby tato diplomová práce byla umístěna v Ústřední knihovně UK a používána ke studijním účelům.

V Praze, dne 29.06.2011

Kateřina Lechaciu

## **Poděkování:**

Děkuji, vedoucí mé diplomové práce, paní MUDr. Jiřině Ondrušové za odborné vedení, konzultace a mnoho cenných rad a podnětů.

Dále bych ráda poděkovala paní Ireně Moudré, ředitelce Komunitního centra v Říčanech u Prahy, paní Martině Rafačové, DiS., sociální pracovníci z Centra sociálních služeb Běchovice, paní Jarce Markové a Dagmar Jíchové z Oblastního spolku Českého červeného kříže Prahy 1 a 2, cvičenkám a cvičencům ze Sokola královské Vinohrady a Podolí, Klubu seniorů v Libčicích nad Vltavou a všem seniorkám a seniorům za milou a ochotnou spolupráci při vyplňování dotazníků.

Rovněž bych touto cestou ráda poděkovala svému manželovi Mirceovi a celé rodině za velkou oporu a pomoc při vzniku mé práce a během celého studia.

# Obsah

Obsah .....	12
Seznam zkratk .....	14
Úvod.....	8
1 Stárnutí a stáří - vymezení pojmů .....	10
1.1 Stárnutí a stáří .....	10
1.2 Gerontologie a geriatrie.....	12
2 Kvalita života.....	14
2.1 Měření kvality života .....	17
3 Kvalita života ve stáří .....	18
3.1 Zdraví .....	18
3.1.1 Podpora a rozvoj zdraví .....	19
3.1.2 Faktory ovlivňující zdraví.....	19
3.1.3 Fyziologické změny stárnoucího organismu .....	21
3.1.4 Zdravotní stav seniorů .....	22
3.1.5 Soběstačnost.....	28
3.2 Ekonomické možnosti .....	30
3.3 Sociální prostředí .....	31
3.3.1 Rodina a sousedé .....	31
3.3.2 Sociální péče o seniory v ČR.....	34
3.4 Psychický faktor.....	39
3.4.1 Změna osobnosti .....	39
3.4.2 Hodnoty a potřeby seniorů.....	40
3.4.3 Deprese ve stáří.....	41
4 Aktivní stárnutí .....	43
4.1 Plánování, příprava na aktivní stáří.....	44
4.2 Seniorské aktivity.....	45
4.2.1 Vzdělávání seniorů .....	46

4.2.2	Domáci aktivity.....	47
4.2.3	Náboženské aktivity ve stáří.....	47
4.2.4	Kluby seniorů.....	47
4.2.5	Pohybové aktivity .....	48
5	Dotazníkové šetření .....	50
5.1	Cíle dotazníkového šetření.....	50
5.2	Hypotézy .....	50
5.3	Metodika .....	51
5.4	Soubor .....	53
5.5	Demografické charakteristiky .....	55
5.6	Výsledky dotazníkového šetření .....	58
5.7	Vyhodnocení stanovených hypotéz.....	75
5.8	Shrnutí výzkumu .....	80
	Závěr .....	81
	Shrnutí.....	83
	Summary:.....	84
	Seznam tabulek .....	85
	Seznam grafů .....	86
	Seznam literatury: .....	87
	Seznam příloh .....	91
	Přílohy.....	92

## Seznam zkratk

- ČR – Česká republika,
- FTVS UK - Fakulta tělovýchovy a sportu Karlovy Univerzity,
- GDS – Geriatrická škála deprese dle Yesavage,
- MU – Masarykova Univerzita v Brně,
- U3V – Univerzita třetího věku,
- UK – Univerzita Karlova v Praze,
- WHO – Světová zdravotnická organizace,
- WHOQOL - World Health Organisation Quality of Life Assessment, a
- WHOQOL-BREF - World Health Organisation Quality of Life Assessment – zkrácená verze.

# Úvod

## **„Stáří se nevysmívej – vždyť k němu směřuješ“ Menandros z Athén (341-292 př.n.l.)**

Moje diplomová práce je věnována tématu „Vliv aktivity na kvalitu života seniorů“.

Po zralé úvaze jsem se rozhodla popsat právě tyto faktory, které ovlivňují život a aktivitu ve stáří, a to hned z několika důvodů. Toto téma se prolíná do běžného života každého z nás, konkrétně mojí rodiny se dotýká úplně nejtěsněji. Od narození žiji v třígenerační domácnosti. Domnívám se, že mohu zcela zodpovědně nejen po stránce teorie, ale z velké části i po stránce běžné každodenní praxe psát o seniorské generaci tak jak s ní žiji, jak o ní studuji, tak jak to cítím, i tak jak se mě bezprostředně dotýká a jak ji vidím svýma očima.

Zcela určitě se neubráním tomu, aby z podtextu celé mé diplomové práce vyplývala skutečnost, že nepopisuji nic mně neznámého, naopak že se věnuji tématu, o kterém mám to štěstí znát mnoho z praxe. Tématu, u kterého u mne není vzdáleně oddělená teoretická a praktická stránka.

V práci se věnuji problematice života seniorů. Popisuji faktory, které ovlivňují aktivní život stárnoucí populace. Budu se zabývat seniory staršími 60 let. Mým cílem je zejména zmapovat nejdůležitější faktory, které ovlivňují život seniorů a působí na kvalitu jejich života. Myslím si, že mezi populací a zejména mezi mými vrstevníky je pokročilý věk nesprávně chápán jako období nemoci, nemohoucnosti a samoty. Bohužel jsou to chybné dlouholeté předsudky související s vývojem naší společnosti, které u mnohých přetrvávají dodnes. Snahou odborné veřejnosti je co nejrychleji provádět změny zažitých mylných postojů, umožňovat seniorům aktivní prožití závěrečné etapy jejich života, zajistit takové podmínky, které by zvrátily negativní pohledy většiny lidí na stáří. Prioritou je zajištění dostupných prostředků, které by přispěly ke zlepšení kvality života ve stáří.

Obyvatelstvo ČR je nejstarší v celé své historii. S demografickými změnami složení obyvatelstva přicházejí i změny životního stylu společnosti, která na tyto trendy postupně reaguje. Na stoupající podíl staré generace reagují politici na státní, regionální a hlavně komunální úrovni. Bohužel však demografické prognózy nemají žádoucí odezvu ve společnosti a podmínky pro život starých lidí se mění jen zvolna. S tímto významným fenoménem je potřeba počítat ve zdravotnictví a přizpůsobit sociální systém u nás v ČR.

V posledních letech zaznamenáváme zlepšení úrovně péče o seniory. Nikdo z nás nesmí však spoléhat pouze na zdravotní a sociální pomoc státu ve stáří. Záleží především na každém



individuálně, jak se na pozdější období svého života připraví fyzicky i psychicky, jaké sám sobě vytvoří podmínky pro hodnotné prožití "třetího věku".

Jakým způsobem každý z nás může přispět ke zlepšení kvality života ve stáří? Touto a podobnými otázkami bych se ráda zabývala ve své diplomové práci. Všichni si přejeme, abychom ve stáří byli vnímáni svým okolím jako osobnosti se specifickými potřebami a zájmy. Dobrý směr je zcela určitě podpora pevných rodinných vazeb a s tím související setrvání seniorů v domácím prostředí co nejdéle je to možné. Nejen mým přáním je prožít jednou v budoucnu radostné a klidné stáří, smysluplně a aktivně dožít v kruhu vlastní rodiny. Systematickou přípravou na stáří a zvolením vhodných aktivit toho lze lépe dosáhnout. Popis vlivů aktivit na kvalitu života seniorů se prolíná téměř v každé části mé diplomové práce. První kapitola je zaměřena na teoretické vymezení pojmů stárnutí a stáří. Rozebírá podrobněji jednotlivé fáze a druhy těchto životních procesů. Popisuje jejich úzké propojení. Vysvětluje fakt, že oba tyto fenomény, stárnutí i stáří, jsou od sebe neoddělitelné. Ve druhé kapitole se zabývám pohledem na kvalitu života a věnuji se jejímu teoretickému vymezení. V další pak rozebírám faktory, které ovlivňují kvalitu života starých lidí. Dále se zmiňuji o zdraví seniorů a fyziologických procesech v jejich organismech. S tím souvisí zejména dědičnost, výživa, psychická i fyzická aktivita, zdravotní poruchy. Rozebírám vliv sociálního prostředí. V neposlední řadě s touto kapitolou úzce souvisí popis systému sociálních služeb pro seniory v ČR. V podkapitole o psychických faktorech ovlivňujících kvalitu života popisují například témata o změně osobnosti ve stáří, o hodnotách a potřebách seniorů. Další podkapitola je věnována tématu deprese u seniorů. Významným bodem, který zdůrazňuji, je zodpovědný a důsledný přístup každého jedince k plánování seniorského věku, k promýšlení budoucnosti a k pečlivé přípravě na stáří. O seniorských aktivitách souhrnně pojednává samostatná kapitola. Součástí této práce je také dotazníkové šetření. Podrobnosti o provedeném průzkumu a jeho vyhodnocení jsou obsahem poslední kapitoly.

# 1 Stárnutí a stáří - vymezení pojmů

## 1.1 Stárnutí a stáří

*"Stáří je obecným označením pozdních fází ontogeneze, přirozeného průběhu života. Je důsledkem a projevem geneticky podmíněných involučních procesů, modifikovaných dalšími faktory (především chorobami, životním způsobem a životními podmínkami), a je spojeno s řadou významných změn sociálních (osamostatnění dětí, penzionování a jiné změny sociálních rolí). Všechny změny příčinné i následné se vzájemně prolínají, mnohé jsou protichůdné a jednotné vymezení i periodizace stáří se stávají velmi obtížnými."* (Kalvach, 1997 s. 18)

V závislosti na náročnost prostředí se změny organismu výrazně projevují ve 4. a 5. deceniu. (Kalvach, 1997)

Projevy stárnutí jsou viditelné a nelze je přehlédnout. Procesem stárnutí myslíme všechny změny v organismu člověka od narození až po smrt. Jedná se o proces, který se dá charakterizovat jako proces snižování výkonnosti organismu i jednotlivých orgánů, zpomalování obnovy tkání a samotné změny ve tkáních. Lidské tělo ve vyšším věku je křehčí a zranitelnější. Organismus se hůře adaptuje na nové podmínky okolí a těžko se přizpůsobuje novým vlivům prostředí.

Pacovský (1981 s. 57) popisuje stárnutí jako *"specifický, biologický proces, který je charakterizován tím, že je dlouhodobě nakódován, je nevratný, neopakuje se, jeho povaha je různá, zanechává trvalé stopy"*.

Holmerová (2007) stárnutí chápe jako souhrn změn ve struktuře a funkci organismu v oblasti somatické, psychické, emoční a sociální.

Světová zdravotnická organizace (in Holmerová, 2003) rozděluje stáří na jednotlivé etapy takto:

- 60 - 74 - počínající stáří, rané stáří, vyšší věk
- 75 - 89 - vlastní stáří, senium, stařecký věk
- 90 a více let - dlouhověkost

nebo:

- 65 - 74 - mladí senioři
- 75 - 84 - staří senioři

- 85 let a více – velmi staří senioři

Kalvach (1997) používá dělení dle Světové zdravotnické organizace na biologické, sociální a kalendářní stáří.

**Biologické stáří** je hypotetické označení konkrétní míry involučních změn, mezi něž patří atrofie, pokles funkční zdatnosti, snížení regulačních a adaptačních mechanismů, jež jsou spojeny s chorobami, které se velmi často vyskytují převážně ve vyšším věku. Výzkumy biologického stáří hodnotí funkční stav organismu a výkonnost jako souhrn involuce, kondice i patologie.

**Sociální stáří** je období vymezené kombinací několika sociálních mezníků či splněním určitého kritéria - nejčastěji penzionování, resp. dosažení věku, v němž vzniká nárok na odchod do starobního důchodu. Sociální stáří je dáno změnou rolí, životního způsobu i ekonomického zajištění. V tomto smyslu je stáří považováno za sociální událost, kdy se starý člověk musí přizpůsobovat změnám v životě, kterými jsou např. mnoho volného času, věková diskriminace, ztráta společenské prestiže, snížení ekonomického příjmu.

**Kalendářní stáří** je vymezeno dosažením určitého věku, od něhož se obvykle projevují nápadné involuční změny.

Kalvach (1997 s. 20) člení lidský život v "*sociální periodizaci života*", kde lze lidský život rozdělit do tří ev. do čtyř období, tzv. "věků":

- první věk - označovaný jako předproduktivní - období dětství a dospívání, charakterizované růstem, vývojem, vzděláváním, profesní přípravou, získáváním zkušeností a znalostí
- druhý věk - produktivní období - dospělost, založení rodiny, budování kariéry
- třetí věk - postproduktivní období - stáří, pokles zdatnosti, evokuje fázi za zenitem bez produktivní činnosti; to je však nebezpečné východisko k podceňování, diskriminaci, minimalizaci potřeb; takové pojetí třetího věku příliš akcentuje pracovní, kolektivně výrobní roli jedince a potlačuje hledisko osobního rozvoje jako celoživotního procesu trvajícího až do smrti v nejvyšším věku; odtud pojem univerzita třetího věku
- čtvrtý věk - bývá někdy používán k označení fáze závislosti, což je nevhodné tím, že vzniká dojem, jako by nesoběstačnost byla stejně zákonitá jako obecně přijímaná

stádia předchozí; to odporuje konceptu úspěšného stárnutí a představě, že zdravé stáří zůstává a až do nejpokročilejšího věku soběstačné; toto období je čas odpočinku

Existuje úzké propojení mezi pojmy stárnutí a stáří. Stárnutí velmi ovlivňuje, jaké stáří bude. Tyto dva fenomény nelze zkoumat ani popisovat odděleně.

Dlouhověkost označuje pokročilý věk nad 90 let. Dlouhověcí lidé tvoří jen nízké procento populace. V současné době se předpokládá maximální délka života 125 let. Zlepšováním životní úrovně a medicínským pokrokem se počet dlouhověkých zvyšuje.

## 1.2 Gerontologie a geriatrie

*"Gerontologie je věda o stáří; lékařský obor zaměřený na stáří se nazývá geriatrie."*  
(Říčan, 1990 s. 370)

Kalvach (2004) popisuje gerontologii jako nauku, soubor vědomostí o stárnutí a stáří. Zdůrazňuje akcent na lidskou dimenzi bádání, který je obsažen již v samotném názvu vědního oboru gerontologie - od řeckého slova "geron", které znamená stařec.

Gerontologie (Haškovcová, 2006) bývá klasicky dělena na tři nestejně, ale velmi důležité části:

- gerontologie experimentální - zabývá se mechanismem biologického stárnutí buněk, tkání, orgánů a organismů a samozřejmě studuje také procesy biologického a psychologického stárnutí člověka; tato činnost je důležitá, protože umožňuje predikci (předvídání) procesů stárnutí a jeho prevenci
- gerontologie sociální - tematizuje sociální dopady stárnutí a stáří člověka; současně si všímá i společenských a sociálních faktorů, které proces stárnutí ovlivňují; zajišťuje a kategorizuje sociální potřeby stárnoucích a starých lidí; v posledních letech se zabývá také prevencí a formuluje programy typu "Stárnout zdravě s cílem udržet praktickou soběstačnost"
- gerontologie klinická - se zabývá zvláštnostmi chorob ve stáří i specifických aspektů léčby starých lidí; bývá též nazývána geriatrií; za jejího zakladatele je považován

Ignaz Leo Naser, který žil v letech 1864 až 1964; geriatrie je v České republice samostatným klinickým oborem od roku 1982

Kalvach (2004 s. 49) charakterizuje experimentální gerontologii jako vědu, která "*se zabývá otázkami, proč a jak živé organismy stárnou*". O sociální gerontologii Kalvach stručně napsal, že se věnuje vzájemnému vztahu seniora a společnosti a klinická gerontologie zkoumá zdravotní a funkční stav starých lidí.

## 2 Kvalita života

V souvislosti s kvalitou života se objevuje celá řada definic. Jako ekvivalenty jsou používány pojmy „sociální pohoda“, „sociální blahobyt“ a „lidský rozvoj“.

*"Osobní pohoda (well-being) je často spojována s pojmem kvalita života. Lze říci, že well-being je hodnocením kvality života jako celku."* (Šolcová a Kebza, 2004 s. 21)

Autoři dále uvádějí, že se *"jedná o dlouhodobý emoční stav, ve kterém je reflektována spokojenost jedince s jeho životem."*

Kvalita života má dvě základní dimenze, a to objektivní a subjektivní. Subjektivní kvalitu života spojuje Payne (2005) s lidskou emocionalitou a všeobecnou spokojeností se životem. Objektivní kvalitu života charakterizuje jako *"splnění požadavků týkajících se sociálních a materiálních podmínek života, sociálního statusu a fyzického zdraví."* (2005 s. 207)

Pojem kvality života se používá ve čtyřech určeních:

- *„kvalita života jako odborný pojem, zaměřující se na kvalitativní stránky životních procesů a kritéria jejich hodnocení. Zde se vymezení kvality života nejvíce přibližuje vymezením z pohledu medicíny a ekonomie, neboť je posuzována podle indikátorů životního prostředí, ukazatelů zdraví a nemoci, úrovně bydlení, mezilidských vztahů, volného času, možnosti podílet se na řízení společnosti, dále podle osobní i kolektivní bezpečnosti, sociálních jistot a občanských svobod."*
- *kvalita života jako programové politické heslo, obracející pozornost široké veřejnosti k novým úkolům společnosti, přesahujícím materiální úroveň a vojenskou sílu. Do politiky jej zavedli v 60. letech J. F. Kennedy a L. B. Johnson.*
- *kvalita života jako sociální hnutí („za kvalitu života“) vznikající z iniciativy ekologických, protikonzumentských a protirasových hnutí.*
- *kvalita života jako reklamní slogan, nabízející pro spotřebitele nové oblasti konzumu, zejména volný čas, cestování, bydlení, vnímání umění a orientující spotřebitele na oblast prestižní, demonstrativní spotřeby."* (Maříková, 1996 s. 557)

Kvalita života je utvářena působením mnoha vlivů. Mezi nejdůležitější patří zdraví, sociální prostředí a psychický faktor. Každý jedinec je z velké části zodpovědný za kvalitu svého života.

Křivohlavý (2002) uvádí teorii rozsahu pojetí kvality života Engela a Bergsma, kteří rozlišují tři hierarchicky odlišné sféry měření a zkoumání:

- makro-rovina - jde o kvalitu velkých celků, např. dané země, kontinentu
- mezo-rovina - jde o měření kvality života malých sociálních skupin, např. škola, nemocnice, podnik
- personální rovina - měří kvalitu života jednotlivce

Světová zdravotní organizace (1999) rozeznává tyto kvality života, které se sledují souvisejícími měřicími nástroji:

- fyzické zdraví a úroveň samostatnosti
- psychické zdraví a duchovní stránka
- sociální vztahy

Kvalita života je předmětem zkoumání sociologie, psychologie, ekonomie, filosofie, politologie, lékařské vědy a dalších.

Křivohlavý (2004) vnímá pojetí kvality života ve dvou rozlišeních. Jednak má na mysli vztah k určitému časovému údaji, např. kvalita současného stavu konkrétního vzorku obyvatel (kvalita života seniorů v dnešních domech s pečovatelskou službou). Toto pojetí je definováno jako statické. Dále hovoří o dynamickém pojetí, kde se sleduje vývoj kvality života za delší časový úsek (vývoj kvality života seniorů v pečovatelských domech za posledních 15 let).

Následující tabulka (tabulka č. 1) přehledně zobrazuje model "čtyř kvalit života". Ačkoli pro zaznamenání všech pojmů a významů, které jsou běžně používány v odborné literatuře i v běžném životě, by bylo potřeba objemného popisu, zde jsou uvedeny jen některé z hlavních variant kvalit života. Každý z kvadrantů obsahuje nesčetné množství "sub-významů", z nichž většinu známe pod různým názvoslovím. Většina diskusí o "well being" se zabývá více než "čtyřmi kvalitami života". Níže uvedená tabulka rozeznává dělení na čtyři skupiny. (Veenhoven, 2006)

**Tabulka 1: Model čtyř kvalit života**

<b>Čtyři kvality života</b>	<b>VNĚJŠÍ KVALITY</b> Charakteristiky prostředí vč. společnosti	<b>VNITŘNÍ KVALITY</b> Charakteristiky individua
<b>PŘEDPOKLADY</b> Životní šance	<b>VHODNOST PROSTŘEDÍ</b> Životní prostředí, sociální kapitál, prosperita, životní úroveň. <i>Zahrnuje ekologické, sociální, ekonomické a kulturní podmínky, které studuje ekologie, architektura, sociologie a sociálně-politické vědy.</i>	<b>ŽIVOTASCHOPNOST JEDINCE</b> Psychologický kapitál, adaptivní potenciál, zdraví, způsobilost. <i>Představuje fyzické a duševní zdraví, znalosti, schopnosti a umění života a je předmětem zájmu lékařství, psychologie a pedagogiky včetně tělovýchovy a poradenství v oblasti životního stylu.</i>
<b>VÝSLEDKY</b> Životní výsledky	<b>UŽITEČNOST ŽIVOTA</b> Vyšší hodnoty než přežití, transcendentální koncepce. <i>Zahrnuje vnější užitečnost člověka pro jeho blízké okolí, pro společnost a lidstvo a jeho vnitřní cenu v termínech morálního vývoje, morální dokonalosti a je tradičně předmětem zájmu filosofie.</i>	<b>VLASTNÍ HODNOCENÍ ŽIVOTA</b> Subjektivní pohoda, spokojenost, štěstí, pocit smysluplnosti <i>Představuje pojetí kvality života, které je široce aplikováno ve vědách o člověku, v medicíně a vytváří vlastní metodologické postupy, zahrnuje hodnocení spokojenosti s jednotlivými životními oblastmi, hodnocení převažující nálady a celkové spokojenosti se životem.</i>

**zdroj: Veenhoven, 2006**



## 2.1 Měření kvality života

Vaňurová a Mühlpachr (2005) uvádějí rozdělení dimenzí kvality života za účelem měření dle Světové zdravotnické organizace na čtyři základní oblasti. Při tomto měření není přihlíženo na věk, pohlaví, etnikum nebo postižení. Nejčastěji sledovanou dimenzí je "fyzické zdraví a úroveň samostatnosti". Projevuje se v energii a únavě, bolesti, odpočinku a také například ve schopnosti pracovat. V této dimenzi se také sleduje závislost na lékařské pomoci, mobilita a kvalita každodenního života. Sebepojetí, negativní a pozitivní pocity, myšlení a učení, paměť člověka a koncentrace jsou složky života, které se posuzují v dimenzi kvality života "psychické zdraví a duchovní stránka". Do této skupiny patří i víra v Boha a spiritualita. Další oblastí jsou "sociální vztahy - osobní vztahy". Patří sem například sociální podpora, vztahová problematika. Neméně důležitou dimenzí je "prostředí". Zde lze posuzovat a měřit finanční zdroje, svobodu, bezpečí, zdravotní a sociální péči, životní prostředí a možnosti vzdělávání.

Ondrušová (2009) píše, že pracovní skupina Světové zdravotnické organizace (WHOQOL) sestavila dotazníky pro měření kvality života s přihlédnutím k šesti oblastem lidského života. Jsou to fyzické zdraví, prožívání, nezávislost, mezilidské vztahy, prostředí a spiritualita. Rovněž upozorňuje na českou verzi těchto dotazníků. Zmiňuje také skutečnost, že dotazník ve zkrácené verzi WHOQOL-BREF je v současnosti k užití v padesáti jazycích. Dále uvádí, že nejčastěji používanou formou měření kvality života jsou právě tyto dotazníky a strukturované rozhovory.

Ondrušová (2009) cituje výsledky výzkumu provedeného v populaci osob vyššího věku v českém prostředí Dragomireckou. Podle závěrů tohoto šetření má kvalita života ve stáří vztah ke zdravotnímu stavu, vyššímu věku, rodinné situaci, vzdělání a hmotnému zabezpečení.

Dle Křivohlavého (2001) se metody měření kvality života dělí na tři skupiny: objektivní, subjektivní a smíšené. V prvním případě kvalitu života hodnotí druhá osoba. U druhé metody je hodnotitelem sama sobě posuzovaná osoba a třetím nástrojem měření je kombinace metod prvního a druhého typu.

### 3 Kvalita života ve stáří

Tato kapitola mé práce shrnuje jednotlivé faktory, které kvalitu života ve stáří ovlivňují.

Často se říká: "Jsi tak starý, jak se cítíš." Stárneme všichni. Na kvalitu stárnutí existuje mnoho pohledů. Každý prožívá své stárnutí jinak. Někomu věk nevadí, má radost, že je už starší a zkušený. Jiný svůj věk nejraději zatají. Pro kvalitu stárnutí je důležité, aby každý senior byl se svým způsobem stárnutí spokojen. Proto by se měl s předstihem let starat o to, jak může ovlivnit kvalitu vlastního stáří, aby, až se přihlásí, měla navrch pro něj ta nejpříjemnější varianta.

*"Kvalitu života ve stáří nelze ovlivňovat dost efektivně až v tomto období. Je třeba začít podstatně dříve. Dnešní senioři, kteří prožili podstatnou část svého života v podmínkách, v nichž mohli těžko prosazovat vlastní odpovědnost za svůj život, se nemohli na své stáří dost dobře připravovat a neměli k tomu patřičnou motivaci. Budoucí starší generace pro to podmínky mít mohou. Záleží na nich samotných i na podpoře zevnějšku - od státu i na komunální a "rodinné" úrovni."* (Kuchařová, Rabušic a Ehrenbergerová, 2002 s. 60)

V následující části diplomové práce se podrobněji rozepisují o faktorech, které mají největší vliv na kvalitu života ve stáří. Jedná se například o zdraví, ekonomické zázemí, sociální prostředí a psychický faktor.

#### 3.1 Zdraví

Myslím si, že zdraví stojí v žebříčku všech faktorů, které ovlivňují život seniora, na nejdůležitějším, tedy prvním místě.

Jedna z nejrozšířenějších definic zdraví vyjadřuje, že *"zdraví je stav kompletní fyzické, duševní a sociální pohody a ne pouze nepřítomnost nemoci nebo neduživosti"* (WHO, 1946).

Ministerstvo práce a sociálních věcí ve svém "Národním programu přípravy na stárnutí na období let 2008 až 2012" upozorňuje, že i přes klesající úmrtnost a rostoucí střední délku života čelí Evropa vážným zdravotním problémům, zdravotním nespravedlnostem a předčasným úmrtím. Zdraví je vysoká hodnota individuální i sociální a jeden z faktorů kvality života. Zahrnuje zdraví tělesné, duševní a sociální. Zdravotní stav souvisí s celkovou spokojeností a pohodou a nejen nepřítomností nemoci nebo vady. Na pevnost celkového zdraví, odolnost a adaptabilitu výrazně působí duševní zdraví a kvalita sociálních vztahů. (Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2008)

V současné medicíně se za vhodný indikátor fyzického, psychického a sociálního zdraví považuje kvalita života. (Dragomirecká a kol., 2006)

### 3.1.1 Podpora a rozvoj zdraví

Holmerová (2003) definuje pojem podpora zdraví dle Světové zdravotnické organizace, jako proces, který umožní lidem dohlížet na své zdraví a zlepšovat je. K tomu, jak dále popisuje, musí být vytvořeny následující podmínky:

- podpora zdraví by měla být součástí veřejné politiky, všech významných dokumentů a opatření
- prostředí, ve kterém člověk žije, by mělo usnadňovat podporu zdraví
- podpora zdraví by měla být součástí komunitní politiky a praxe
- lidé by měli mít možnost získávat informace a znalosti vedoucí ke zlepšení zdraví
- zdravotnické služby by se měly více orientovat na podporu a rozvoj zdraví

### 3.1.2 Faktory ovlivňující zdraví

Zdraví člověka z podstatné části ovlivňují tyto faktory: dědičnost, výživa, fyzická a psychická aktivita.

Dalšími vlivy jsou okolí a jednání člověka. Počátkem 70. let minulého století kanadský ministr zdravotnictví LaLonde seskupil názory a znalosti o příčinách a podmínkách zdraví a nemoci člověka do čtyř základních množin. Tato představa byla obecně akceptovaná a kvantifikovaná. Genetika se podílí na zdravotním stavu z 10-15%, zdravotnictví zhruba stejným dílem, faktory prostředí cca z 20% a způsob života se promítá do utváření zdraví a nemoci cca 50 %. (Payne a kol., 2005)

**Dědičnost** je základní vlastnost zajišťující přenos genetické informace z rodičů na děti. Ve zděděném genetickém materiálu je předdefinováno kolika let se člověk může dožít. Genetickou výbavu si člověk nevybírá. Jedinec může reagovat na geny, se kterými se narodil. K prevenci zděděných chorob v dnešní moderní době přispívají významnou mírou vědecké výzkumy. Člověk by se měl k informaci o genetickém předpokladu, že se u něj objeví nějaká nemoc, stavět velmi zodpovědně. Genetické naprogramování lidského jedince je dnes možné intenzivně poznávat díky genetickému inženýrství. V genech má člověk zakódovanou i maximální délku života.

## Výživa

Záleží na každém člověku, zda zvolí zdravou vyváženou stravu, bude dodržovat pitný režim a střídmost alkoholu a vyvaruje se kouření a požívání drog.

Racionální stravování je významným faktorem, který ovlivňuje zdravotní stav člověka. Strava by měla být pestrá, bohatá na ovoce a zeleninu, vhodné jsou nízkotučné mléčné výrobky. Určitě by měla obsahovat přiměřené množství bílého masa a celozrnného cereálního pečiva.

Dodržování pitného režimu také ovlivňuje stav organismu. Nejvhodnější je čistá pramenitá voda bez bublinek. Správné zásobování tekutinou udržuje organismus v kondici. Ve stáří v organismu dochází k přirozenému úbytku tekutin. Množství požitých tekutin musí staří lidé přizpůsobit aktivitě a teplotě okolí. Po 65 roce života se velmi snižuje pocit žízně. Staří lidé zapomínají pít. Špatná výživa vede k dalším méně či více závažným problémům. Dehydratace je alarmující rizikový faktor, který může ve stáří způsobit řadu onemocnění. Holmerová (2007) upozorňuje na přímé souvislosti příjmu dostatku tekutin a obavy z inkontinence. Tyto tělesné i sociální aspekty ovlivňují významně život mnohým seniorkám. Vznikají při omezené hybnosti, obezitě a nevyhovujících bytových podmínkách.

Metabolické procesy se ve stáří výrazně zpomalují. Starý člověk by měl jíst a pít častěji a v menších dávkách. S ubývajícím aktivitou ve stáří se doporučuje snížit i energetický příjem.

V civilizovaných zemích je vážným problémem obezita. U starých lidí je nadměrná váha zásadním faktorem, který vede k sociální izolaci, hypomobilitě, hrozí častěji pády, jsou časté otoky nohou, objevují se problémy s vyprazdňováním a další.

Stav malnutrice je další poruchou stravování. Holmerová (2007 s. 107) vypisuje šest možných příčin malnutrice ve stáří:

- defekt chrupu
- postižení slinných žláz
- onemocnění dutiny ústní, jícnu, gastrointestinálního traktu a jater
- psychické poruchy - deprese a demence
- snížená chuť k jídlu
- omezená hybnost

Stravovací návyky si člověk nese celým životem. Dlouhodobá příprava na stáří počítá s vyváženým individuálním stravovacím plánem. Správná výživa jde ruku v ruce s dostatečnou pohybovou aktivitou.

### **Fyzická a psychická aktivita**

Sport jako nejpřirozenější možnost fyzické aktivity je možné vykonávat do vysokého věku. Existuje široká nabídka vyžití na poli sportu, která je určená a přizpůsobená možnostem a požadavkům seniorů. Zdraví přímo souvisí s fyzickou aktivitou. Lidské tělo potřebuje pohyb v každém věku. I ve stáří je třeba udržovat fyzickou kondici, aby organismus dobře prospíval. Fyzická aktivita je důležitou součástí prevence civilizačních chorob u seniorů.

Psychika starého člověka představuje soubor vlivů, které se prolévaly, vzájemně na sebe působily, narůstaly anebo se ztrácely, a to od jeho dětství. (Pekarovič, 1984) Stejně jako jiné tělesné orgány, tak i mozek ve stáří snižuje svoji výkonnost. Tréninkem si může mozek udržovat svoje vlastnosti. Úspěšné vyrovnávání se změnami, které stáří člověku přináší, je určující pro spokojený a plnohodnotný život.

Podrobněji o psychickém a fyzickém aktivním stárnutí pojednává 4. kapitola.

### **3.1.3 Fyziologické změny stárnoucího organismu**

V organismu člověka dochází ve stáří k fyziologickým změnám, které stárnutí doprovázejí. Některé tyto procesy jsou patrné „na první pohled“ a jiné se odehrávají nenápadně uvnitř těla. Tělesné projevy a změny u seniorů se označují jako fenotyp stáří.

Fyziologické stárnutí je doprovázeno souborem nápadných symptomů, jako změny v cévním systému způsobené ukládáním cholesterolu a vápníku, které mají za následek snížení srdeční činnosti v důsledku zpomalení krevního oběhu. Při zátěžových situacích srdce pracuje pomaleji. K tomu se přidává také fyziologicky snížená vitální kapacita plic, v důsledku toho dochází k dušnosti. Toto je doprovázeno také změnami v trávicí soustavě, jež jsou manifestovány zejména sníženou sekrecí trávicích šťáv a změnami v rychlosti metabolisme a vstřebávání potravy a sníženou funkcí ledvin. Ochabují také veškeré smyslové orgány. Snižuje se chuťová i čichová vnímavost.

Vnější doprovozným znakem stáří jsou šedivé vlasy, vrásky, pigmentové skvrny na kůži, úbytek tělesné hmotnosti, nachylování páteře a postupné snižování výšky. U starých lidí se popisuje prodlužování ušních lalůčků a zvětšování špičky nosu. Rysy stárnutí se projevují individuální rychlostí.

Objevují se problémy s motorikou těla. Typickým znakem je pohybová váhavost a výrazné zpomalení jednotlivých pohybů. Kombinace motorické ztuhlosti a zhoršování smyslů ve stáří způsobuje nebezpečí úrazů, hlavně pádem.

Pacovský (1981) zdůrazňuje, že stárnutí není pouhý úpadek organismu. V těle člověka dochází po padesátce k účelné přestavbě organismu.

Kalvach (1997) uvádí některé somatické změny ve stáří a jejich důsledky. U starých lidí dochází k atrofii tkání se zmnožením vaziva a tuku. Naopak ubývá tzv. lean body mass (netučné tělesné hmoty). Zmenšuje se celkový objem tělesné vody (souvisí s přírůstkem tuku). Ve stárnoucím organismu se oslabují a zpomalují regulační mechanismy. Senior má zhoršené adaptační schopnosti a odolnost vůči zátěži. U pohybového aparátu klesá svalová síla a ubývá kostní densita. Zpomaluje se nervové vedení, dochází k prodloužení reakční doby a objevují se poruchy spánku. Metabolismus vykazuje ztížení vstupu glukózy do buněk a snížení maximální spotřeby kyslíku. Tkáně špatně reagují na hormonální stimulaci endokrinního systému. Oběhový systém snižuje průtok krve všemi orgány, klesá elasticita tepen a snižuje se poddajnost levé komory srdeční. Klesá vitální kapacity plic, zvyšuje se dechová práce. Starý člověk trpí poruchami funkce močového měchýře. Ubývají filtrační i očišťovací schopnosti ledvin. Ve stáří se projevuje opotřebování a ztráta chrupu. Imunitní systém tvoří zvýšené množství autoprotilátek. Atrofuje kůže a klesá její pružnost. Zhoršuje se funkce potních žláz s poruchou termoregulace (pocení). Snižuje se vitalita tkání a zpomaluje hojení.

#### 3.1.4 Zdravotní stav seniorů

Ve svém okolí si často všímám skutečnosti, že na starého člověka je pohlíženo jako na nemocného a tím nepotřebného jedince. Tak tomu však vůbec není. Stáří není nemoc a nedá se "vyležet v posteli". Nemoci se u starých lidí oproti mladší populaci vyskytují častěji a mají i jiný průběh.

Zvláštností chorob ve stáří je častý výskyt více nemocí najednou s delším a těžším průběhem. Tento souběh chorob se nazývá polymorbidita nebo multimorbidita. U nemocných seniorů se objevují častěji komplikace a hrozí chronicita. Příznaky nemocí jsou netypické, mnohdy skrytě nevýrazné. V souvislosti se zdravím seniora platí vzájemná podmíněnost a neoddělitelnost zdravotní a sociální péče. U starého člověka je každá choroba sociální událostí, která může zásadně ohrozit budoucí soběstačnost. Platí i obráceně, že změna sociální

situace, nové prostředí nebo konflikty v mezilidských vztazích, hlavně v rodině, mohou zhoršit nebo narušit zdravotní stav jedince. (Zavázalová, 2001)

V lékařství se hovoří o geriatrizaci medicíny, a to s přihlédnutím ke stárnoucí populaci a nástupu dlouhověké společnosti. (Kalvach, 2008)

WHO (1999) ve svém dokumentu "Zdraví21 - Osnova programu Zdraví pro všechny v Evropském regionu Světové zdravotnické organizace" uvádí, že *"hlavními zdravotními riziky stárnoucích osob jsou demence, deprese a sebevraždy, rakovina, kardiovaskulární choroby, osteoporóza, inkontinence a různé úrazy"*.

Lze identifikovat zhruba pět hlavních okruhů chorobných poruch funkčního stavu u současných seniorů (Kalvach, 1997, 2004). Sem patří choroby oběhového systému, onemocnění dýchacích cest, pohybová onemocnění, choroby nervového systému, smyslové poruchy.

Topinková (1995) uvádí několik zvláštností klinického obrazu ve stáří. Objevuje se mikrosymptomatologie, kdy jsou příznaky choroby jen minimálně vyjádřené. Dalším zvláštním projevem nemoci ve stáří je neobvyklost příznaků, nespecifické příznaky a příznaky na jiném než postiženém orgánu. Všechny choroby ve stáří provází zvýšené riziko úmrtí. Dochází k řetězení chorob.

V následující části této kapitoly doplňuji nejčastější choroby ve stáří o popis dopadů na kvalitu života a vliv nemoci na každodenní program seniora. Důraz kladu na prevenci a plánování sociálního a zdravotního postupu při jednotlivých chorobách. Zdrojem informací je Kalvach (1997, 2004) a Topinková, Neuwirth (1995).

### **Kardiovaskulární onemocnění - nejčastější příčina nemoci i úmrtnosti ve stáří**

Příčinou většiny kardiovaskulárních onemocnění je ateroskleróza. Jedná se o degenerativní onemocnění cévní stěny, kde se ukládá LDL - cholesterol. Vznik aterosklerózy lze ovlivňovat zdravým životním stylem. Hlavními rizikovými faktory jsou tučná jídla, kouření, obezita a nedostatek pohybu. S věkem riziko vzniku aterosklerózy stoupá.

Hypertenze je nejčastější nemocí kardiovaskulárního systému ve stáří. Nejzávažnější komplikací vysokého krevního tlaku jsou cévní mozkové příhody a infarkt myokardu, proto je velmi důležitá její léčba. Léčený vysoký tlak snižuje i výskyt demencí. Pilířem léčby je zdravá životospráva. Doporučuje se u obézních redukovat tělesnou váhu, zvýšit tělesnou aktivitu, méně solit, alkohol konzumovat jen střídmě.

Ischemická choroba srdeční je způsobena sníženým prokrvením srdeční svaloviny a její akutní formou je infarkt myokardu. Kvalita života seniorů trpících ischemickou chorobou se v poslední době zvýšila zavedením revaskularizačních zákroků. Ustupuje se od léčby pouze dominantní farmakoterapií a moderní léčba srdečních onemocnění má velmi dobré výsledky.

Hlavní omezení pro nemocného seniora vyplývá z omezení namáhavého pohybu. Staří lidé s problémy s oběhovým systémem musí přihlížet k venkovnímu počasí, dodržovat pitný režim. Naopak přiměřená dávka pohybu na čerstvém vzduchu je příznivá. Doporučují se procházky v klidném tempu. Běžné fungování seniora trpícího poruchami mechanické srdeční činnosti je nejvíce ovlivněno dušností a s tím spojenou celkovou nevykonností.

Při postižení mozkových tepen hrozí smrtící mozkové cévní příhody, lidově mozkové mrtvice. Mohou způsobit nezvratná ochrnutí (hemipareza či hemiplegie). Dále hrozí cévně podmíněné závratě či poruchy svalového napětí (parkinsonský syndrom) a multiinfarktová demence (mozková skleróza - jedna ze dvou nejčastějších příčin demence ve stáří). Postižení tepen dolních končetin může vést k invalidizujícím bolestem, ale také k amputaci.

### **Choroby respiračního systému**

Člověk postižený obstrukční bronchopulmonální chorobou (rozedmou plic) trpí dušností, vykašlává hleny, má modrofialové zbarvení pokožky a sliznic a na dolních končetinách se objevují otoky. Příčinou je nejčastěji chronický zánět průdušek, často jako důsledek kouření. Prevencí je omezení nikotinu, zlepšení životního prostředí a omezení opakovaných zánětů dýchacích cest. Kvalita života u člověka, který onemocní plicní rozedmou, je nejvíce ovlivněna omezením namáhavější práce. Člověk s touto poruchou dýchání nezvládá každodenní samoobslužné povinnosti. Problematické jsou hlavně při zhoršených rozptylových podmínkách vycházky k lékaři a na nákupy.

Pneumonie (zápal plic) se objevuje často jako komplikace u starých lidí, kteří onemocní jinou chorobou. Pneumonie může být ve stáří komplikací smrtící. U rizikových osob, křehkých geriatrických pacientů a hospitalizovaných seniorů se snižuje riziko onemocnění očkování proti pneumokokovi a chřipce a zvládnutá malnutrice. Riziko se výrazně snižuje mobilizací pacienta, dechovými cvičeními a dobrou ústní hygienou.

### **Onemocnění pohybového systému**

Osteoartróza je degenerativní postižení kloubní chrupavky a přilehlých tkání. Příčinou bývá vrozená dispozice, především pak přetěžování a drobná poranění kloubů. Prevencí je nepřetěžování kloubů, korekce ortopedických abnormalit a optimalizace obuvi. Osteoartróza



je nejčastější onemocnění pohybového aparátu ve stáří. U osteoartrózy je velmi výrazná bolestivost postižených kloubů, která upozorňuje na odehrávající se změny. Souběžným problémem může být poškození trávicí soustavy nadužíváním léků tlumících bolest. U analgetik tedy hrozí vážné zažívací potíže, dehydratace a nechutenství.

V důsledku omezení pohybu ohrožuje seniory imobilizační syndrom. Život pacienta může být při onemocnění kloubů vážně narušen. Část pacientů je léčena chirurgickou cestou, kdy je postižený kolenní nebo kyčelní kloub nahrazen totální endoprotézou. Věk operovaných pacientů se stále zvyšuje.

Zhoršené pohybové možnosti mohou vést k sociální izolaci, depresím a celkové apatii postižené osoby.

Osteoporóza je kostní onemocnění, kdy dochází k vystupňované atrofii kosti s úbytkem její hustoty a zvýšením rizika zlomenin. Vede k typické změně postavy (snížení výšky, nahrbený postoj), bolesti v zádech, kompresím obratlů a obávanému zvýšenému výskytu zlomenin při pádu. Často se vyskytuje u žen v klimakteriu. Prevencí je dosažení optimální hustoty kosti v dětství a dospívání, dostatečný příjem vápníku a vitamínu D a dostatek pohybu. Rizikem je deficitní strava, nikotinismus, nadměrná konzumace kofeinu, předčasné vyhasnutí funkce vaječníků a imobilita. Nejzávažnější komplikací osteoporózy ve stáří jsou zlomeniny. Zlomenina krčku kosti stehenní způsobí smrt 12 % až 20 % nemocných během prvního roku po zranění. Přidružuje se imobilizační syndrom, je ohrožen návrat do normálního života, objevují se úzkosti a deprese, mění se životní styl postiženého a život komplikují bolesti.

Spolu s osteoporózou přichází často i sarkopenie, která znamená progresivní redukci svalové hmoty a síly. Podílejí se na významném procentu pacientů postižených dysabilitou ve vyšším věku.

Preventivní opatření se týkají hlavně dlouhodobé přípravy na stáří, zdravého životního stylu a vyvážené stravy.

Při špatné hybnosti seniora hrozí problémy způsobené dlouhým sezením a ležením. Pacient je ohrožen syndromem hypomobility a imobility. Objevují se problémy s vyprazdňováním, hrozí vznik dekubitů a snižuje se kloubní pohyblivost.

Závažným důsledkem hypomobility u starého člověka mohou být pády, které představují ve stáří významný rizikový faktor. Pády způsobují nejčastější úmrtí v důsledku úrazu u osob starších 65 let (Klán, Topinková, 2003). Vedle omezení hybnosti a úbytku

svalové hmoty zvyšují náchylnost k pádům senzorické fyziologické změny a degenerativní změny nervového systému.

### **Choroby nervového systému**

Alzheimerova nemoc je nejčastější příčinou demence ve stáří. Její podstatou je vystupňovaná atrofie mozku se zánikem mozkových buněk. Prevence a léčba této choroby nejsou dosud známy. Nejzávažnějším důsledkem onemocnění je porucha soběstačnosti. Pro pečující rodinu je nejtěžší překonat související změny chování a poruchy kognitivních funkcí. U počínajícího syndromu demence se nezřídka objeví depresivní chování. Senior s Alzheimerovou nemocí může vykazovat znaky agresivity a bývá neklidný. Tyto příznaky způsobují, že si pacient může znepřátelit své okolí. Výrazným sociálním dopadem na život postiženého je zapomínání, halucinace a blouznění. Dalšími příznaky jsou kognitivní poruchy jako např. problémy se soustředěním, poruchy myšlení a výpadky paměti. Nemocní se straní společnosti a bývají zmatení. Rodina se často nemůže o svého nemocného seniora starat, protože utíká z domova, bloudí a je zcela nesoběstačný. Umístění do zařízení způsobuje sociální izolovanost, dále se zhoršuje sebeobslužnost a hrozí problémy spojené s upoutáním na lůžko.

U geriatrických pacientů může dojít k záměně diagnózy. Např. nedoslýchavost je někdy mylně diagnostikována jako demence.

Fáze demence schematicky dělí Holmerová (2007) na tři stádia:

- počínající a mírná demence, kdy dominují zejména poruchy paměti, koncentrace, poruchy chování a sociálních funkcí
- středně pokročilá demence, která se již projevuje poruchou soběstačnosti a pacient vyžaduje častý či převážný dohled
- pokročilá forma demence, kdy je pacient odkázán na nepřetržitou péči a pomoc ve většině sebeobslužných aktivit

"U rodinných příslušníků - pečovatelů dochází k mimořádné pečovatelské zátěži, hrozí syndrom vyhoření, zvyšuje se psychická i fyzická morbidita." (Jiráček in Kalvach a kol., 2008 s. 106)

Ke snižování ošetrovatelské zátěže přispívají komunitní respitní centra. Jejich cílem je podpora rodinných pečovatelů, kteří udržují nesoběstačné geriatrické pacienty v domácím

prostředí. Role pečovatele se v rodině často střetává s dalšími sociálními rolemi. Potřeby pečovatelů a míra jejich zátěže se dá monitorovat pomocí speciálních testů. Prevence vede k odhalování rizika syndromu vyhoření či zanedbávání a týrání. (Kalvach a kol., 2008)

### **Poruchy a nemoci zraku**

- Presbyopie – degenerativní postižení zraku ve stáří - poklesá zraková ostrost, ztrácí se schopnost akomodace oka na blízko a posouvá se osa astigmatismu
- Glaukom - zelený zákal - vysoký nitrooční tlak nevratně poškozuje vlákna zrakového nervu
- Katarakta - šedý zákal - jedná se zakalení čočky; šedý zákal má pomalý a nenápadný nástup; dnes se šedý zákal již běžně operuje a u většiny seniorů dojde po operaci ke zlepšení zrakové ostrosti
- Věkem podmíněná makulární degenerace - jedná se o nejčastější příčinu praktické slepoty ve stáří ve vyspělých zemích; rizikovým faktorem je kouření a UV záření; postihuje centrální vidění, zrakovou ostrost, obraz je deformovaný
- Diabetická retinopatie - je chronickou komplikací diabetu; postižení se může vyvinout až do praktické slepoty; život pacienta je ovlivněn převážně při vidění ve tmě a za šera

Sociální život pacienta postiženého poruchou zraku je vážně narušen. Seniorovi se musí přizpůsobit domácnost a nastolit nová pravidla bydlení. Věci musí mít svá místa. Starý člověk omezuje vycházení, obává se o svou bezpečnost a nemůže si samostatně zařídit potřebné pochůzky po úradech a lékařích. Běžný život je ovlivněn např. při podepisování. Kvalita sociálního života je nižší kvůli omezení možnosti pohybu v neznámém terénu. Seniori postižení zrakovými poruchami mají problém s rozpoznáváním osob, jsou ohroženi izolovaností, z toho pramení depresivita a nízké sebehodnocení. Starý člověk, který špatně vidí, ztrácí svou soběstačnost a potřebuje v základních úkonech pomoc druhé osoby. Objevuje se sklon ke zmatenosti, snižuje se úroveň duševního zdraví a senior omezuje svoji účast na společenských aktivitách. Při poruše zrakové ostrosti přestává být schopen vykonávat běžné každodenní činnosti samostatně. Kvalita života seniorů je tím komplexně snížena.

Výraznými pomocníky jsou optické pomůcky pro orientaci, hmatové obrázky, audio pomůcky, čtecí lupy a dalekohledové brýle. Služby tyfloservisů jsou dostupné ve všech

krajských městech. Oftalmologické nemoci se při zvyšující době dožití stávají stále výraznějším celospolečenským problémem.

### **Poruchy a nemoci sluchu**

Presbyakuze je percepční degenerativní porucha sluchového ústrojí a projevuje se ve stáří. Velmi účinná je kompenzace naslouchadly, ale nemocný si na sluchadla dlouhodobě navyká. V současné době se obáváme, že příští generace seniorů bude mít závažnější problémy s nedoslýchavostí a hluchotou (surditas) než senioři dnešní v důsledku nadměrné expozice hluku ve středním věku a mládí. Důsledkem nedoslýchavosti je zmatenost a porucha komunikace. Nedoslýchavost je někdy mylně diagnostikována jako demence.

Smyslové poruchy a postižení významně postihují život seniora. Tyto nemoci přicházejí do života lidí seniorského věku nenápadným způsobem. K zhoršování orgánů sluchu a zraku dochází postupně. Problematické je, že řeč lidí je pro starého člověka rychlá, nezřetelná a tichá. To stejné platí i o zrakových vjemech. V televizi se obrázky střídají moc rychle a moderní blikající a svítící svět je pro staré unavené oko příliš agresivní.

Právě nemoci jsou tím hlavním důvodem, proč se lidé obávají stáří. Onemocnět může jakýkoli člověk v jakémkoli věku, ve stáří je ovšem pravděpodobnost nemoci vyšší. Senioři se bojí závislosti na druhých. Starým lidem je nepříjemné komplikovat život rodině, která o ně pečuje. Zároveň jim také není příjemné, když se o ně stará někdo cizí. Institucionalizace při nemoci přináší ztrátu soukromí a hospitalizovaní špatně snášejí odloučení od blízkých osob. Vytržení z domácího prostředí často negativně ovlivňuje průběh nemoci. Všechny výše zmíněné i další choroby mohou závažně postihnout tolik důležitý stav, kterým je soběstačnost starého člověka. (Kalvach 1997, 2004; Topinková, Neuwirth, 2005)

O problematice soběstačnosti, která je významným faktorem ovlivňujícím kvalitu života ve stáří, pojednávám v následující kapitole.

#### **3.1.5 Soběstačnost**

Soběstačnost Zavázalová (2001 s. 31) charakterizuje jako "*schopnost samostatné existence v daném prostředí.*"

Kalvach (2004) uvádí dva faktory, kterými je soběstačnost dána:

- funkční zdatnost organismu, dovednosti a znalosti
- náročnost prostředí

Soběstačnost je ovlivněna zdravotním stavem organismu a zabezpečeností seniora. Je velmi důležité seniory informovat o možných kompenzačních pomůckách, hledat pro ně adekvátní způsob péče o sebe a udržet tím u nich soběstačnost. Schopnost obstarávat si každodenní povinnosti závisí i na dostupné zdravotnické a sociální péči. Zásadní funkci má rodina, která svou přítomností pomáhá zamezit osamělosti zejména ovdovělým seniorům. Bezdětné osoby představují velmi rizikovou skupinu. Cílem je vyhledávání rizikových osob vyššího věku a preventivní práce s nimi.

Rizikovými osobami, které mohou lehce přijít o soběstačnost, jsou křehcí geriatrickí pacienti. Geriatrickou křehkost popisuje následující definice: "*S involucí související multikauzálně podmíněná a progresivně se zhoršující nízká úroveň potenciálu zdraví s přibývajícími typickými multisystémovými funkčními deficity, celkovým zhoršováním stavu a s narůstající disabilitou, s narůstajícím rizikem opakovaných dekompenzací zdravotního a/nebo funkčního stavu, typických geriatrických komplikací, potřeby zdravotní péče a její geriatrické modifikace, ztráty soběstačnosti, institucionalizace a úmrtí.*" (Kalvach a kol., 2008 s. 118)

Senior je ohrožen ztrátou soběstačnosti při různých situacích. Například pokud nechtěně ztrácí tělesnou hmotnost, stane se mu nějaký vážný úraz, změní prostředí, onemocní a přijde o blízkou osobu.

Obdobím, kdy je třeba pohlídat u seniorů, zda si zachovávají zdravou míru soběstačnosti, je čas odchodu do důchodu. Každá změna v životě je ohrožením. Častým důvodem ztráty soběstačnosti je špatný zdravotní stav jednoho partnera u seniorů žijících v manželství.

U seniorů, kteří o svou soběstačnost přijdou, se většinou zkumulují faktory, které to způsobí. Vysoký věk, zdravotní komplikace a osamělost jsou nejčastější kombinací.

Snahou je zachovat alespoň základní všední činnosti - přijímání potravy, oblékání, osobní hygiena, nakupování, chůze po schodech. Trendem je používání testů pro vyhodnocení kognitivních funkcí a zvládání běžných a instrumentálních úkonů a činností.

Sociální dávka podle zákona o příspěvku na péči č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, posiluje finanční soběstačnost uživatele sociálních služeb. Nárok na příspěvek má osoba, která z důvodu dlouhodobého nepříznivého zdravotního stavu potřebuje pomoc jiné fyzické osoby, a to v oblasti běžné denní péče o vlastní osobu a při zajištění soběstačnosti v rozsahu stanoveném stupněm závislosti. Účelem sociálního šetření je objektivně zjistit životní podmínky žadatele a jeho schopnost zvládat péči o vlastní osobu a být soběstačným v přirozeném sociálním prostředí. (Portál veřejné správy České republiky, 2011)

## 3.2 Ekonomické možnosti

Jedním ze základních úkolů demokratického státu je zajištění prosperity budoucím generacím. O stárnutí se poslední dobou v ČR často mluví jako o hrozbě a stárí je vnímáno jako něco negativního. Z ekonomického pohledu jsou senioři v médiích zobrazováni jako skupina lidí, na kterou ostatní společnost doplácí, jako skupina, díky které se prohlubuje zadlužování dalších generací.

Podle Ústavy ČR má každý právo na důstojné a přiměřené zabezpečení ve stárí. Prognózy budoucího vývoje ukazují, že je nutné provést důchodovou reformu. Zvyšuje se průměrná doba dožití a proto se musí zvyšovat i věková hranice pro odchod do důchodu. Fakticky ubývá ekonomicky aktivních, kteří mohou na penze stávajícím důchodcům přispívat. Obsahem reformy bude mimo jiné možnost dobrovolného penzijního spoření. Senioři nebudou moci spoléhat pouze na ekonomické zabezpečení ze strany státu. O konečné podobě důchodové reformy v ČR se stále jedná. (Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2011)

V současnosti se ekonomická situace seniorů zhorší právě nástupem do starobního důchodu. Finanční prostředky, které poskytuje stát, jsou v porovnání s výdělkem nižší, než když byl ještě senior aktivní pracující. Z toho jasně vyplývá, že ekonomický vliv na aktivní život existuje. Nabídka finančně nenáročných aktivit je omezená. I když jich je celá řada, z pravidla si musí senior na ně částečně přispívat. Generace seniorů v Praze má jistě širokou nabídku možností různých aktivit. Ale téměř vždy musí senior ve svém skromném rozpočtu počítat s malým výdajem na financování svých zájmů.

### **Přivýdělek**

Malé starobní důchody limitují od aktivního života. Možností je cesta přivýdělku. Práce v důchodu má více výhod. Je sama o sobě aktivitou, udržuje seniora ve společnosti, podporuje jeho sebevědomí, pozitivně působí na jeho psychický stav a výdělek může sloužit také jako zdroj peněz pro financování koníčků. Tady velmi záleží na aktuální nabídce vhodných pracovních příležitostí v místě bydliště. Setrvání v posledním zaměstnání se odvíjí od zdravotního stavu seniora. Ne každý kdo by rád pracoval i v důchodu, je schopný vykonávat svoji původní profesi, nalézt si toto zaměstnání, nebo si jej udržet. Někteří senioři i po překročení hranice odchodu do důchodu pracují v rámci své kvalifikace a pokračují v své profesní dráze. Jiní, více či méně úspěšně, hledají práci v jiném oboru, než celý život pracovali. Haškovcová (1989) u seniorů, kteří pokračují ve výdělečné činnosti a tím si tvoří druhý životní program, rozlišuje profese, u kterých lze zůstat a kde je nutná modifikace. Jako

příklady autorka uvádí řemeslníka a učitele, kteří u své profese mohou s určitými omezeními zůstat i v penzi. Profesionální sportovci nebo specialisté odborných věd své celoživotní povolání již vykonávat nemohou.

### **Výdaje ve stáří**

Pokud se ve stáří zhorší zdravotní stav seniora, zvýší se výdaje z jeho rozpočtu. Vzniknou pravidelné měsíční výdaje za léky a zvýší se výdaje za poplatky u lékaře a v lékárně. Stárnutím se člověku mění požadavky na zařízení domácnosti. Ve stáří vzniknou mnohé nové výdaje za kompenzační pomůcky a vybavení bytu. Pro komfortní stáří by měl být byt seniora přizpůsoben jeho zdravotnímu stavu. Vhodnými úpravami v bytě se dá předejít nebezpečným zraněním. Jedná se hlavně o správnou výšku lůžka a toalety, umístění madel k posteli a do sociálních zařízení a odstranění prahů. Nejedná se o velké sumy, ale pokud k rekonstrukci bytu seniora dojde najednou, může to citelně zatížit rozpočet. Je proto potřeba se na stáří finančně připravovat. Je dobré přemýšlet do budoucna a předem si zjistit možnost sociálních služeb, které senior v okolí bydliště má k dispozici.

## **3.3 Sociální prostředí**

Senioři prožívají své stáří v rámci několika sociálních skupin. Z nich nejvýznamnější je rodina. Nejenom o soužití seniora s partnerem, ale i o kontaktech s rodinami dětí se rozepisují níže. Sociální prostředí vytvářejí také například přátelé a známí lidé ze sousedství. Třetí skupinu sociálních kontaktů seniorů představuje společenství obyvatel určitých institucí. (Vágnerová, 2007) O nich podrobněji hovoří podkapitola o sociální péči v ČR.

### **3.3.1 Rodina a sousedé**

Je pochopitelné, že vzhledem k všem popsaným důvodům, které život seniora ovlivňují, je potřeba v některých situacích o něj pečovat. Primárně by se měla role pečovatele chopit rodina. Posilování této základní jednotky společnosti vede k zlepšování společenské situace v každém státě.

Jak píše Giddens (1997) rodina představuje skupinu osob přímo spjatých příbuzenskými vztahy, jejíž dospělí členové jsou odpovědní za výchovu dětí. Péče o děti je v dnešní společnosti samozřejmým úkolem rodičů. Stále častěji se hovoří o snižování zájmu dospělých dětí pečovat o své staré rodiče. S klesajícím počtem dětí v rodinách je realizace modelu postupné vzájemné péče rodičů a dětí těžší. K tomu přispívá i trend odděleného žití.

Kalvach (1997) připomíná funkce rodiny, které historický vývoj postupně odjímal: např. výrobní, ochrannou, vzdělávací a zdálo se, že i ošetrovatelskou. Praxe ukazuje, že nejučinnější péče je ta, která přichází od rodiny. Ošetrovatelsko pečovatelská funkce rodiny o závislé nebo nemocné členy v rodinném prostředí je správná cesta. Schopnost a přání rodiny pečovat o své seniory závisí často na ochotě, spolupráci a podpoře ze strany sociální sítě.

Sousedská výpomoc je běžnou praxí, která se na venkově díky komunitnímu způsobu života stále udržuje. Zájem o starého člověka, který v okolí obyvatel venkova žije, je silný a osobní. Lidé se více znají a pomáhají si při běžných denních úkonech tam, kde je ve městě potřeba služby pečovatelky nebo sociální pracovnice.

Na venkově je také běžnější zapojení prarodičů do běžného fungování domácnosti. Senior na venkovském hospodářství lépe najde své plnohodnotné uplatnění, které je prospěšné celé rodině. Rodiny tak lépe udržují svojí pospolitost.

Konflikty mezi generacemi vyplývají z věkových rozdílů v názorech, motivaci a životních postojích. Dobré soužití v rodině vyplývá z porozumění věkových zvláštností. Vztahy mezi generacemi se přímo úměrně zlepšují s rozšířenou možností sociálního kontaktu. Starší generace je charakteristická opatrností, senioři dokážou snadněji mlčet, obtížněji riskují a je u nich vyvinutý silnější pocit pro odpovědnost. Naopak mladí působí na starší generaci jako příliš draví, citově labilní, nestálí a nezkušení. Předsudky související s věkem se nejvíce projevují ob jednu generaci. Důležitým faktorem zachování aktivního stáří je právě posilování a udržování sociálních vztahů a smysluplných společenských aktivit. (Kalvach, 2004)

Šiklová (2007 s. 115) správně vyzdvihuje vztahy v rodině jako ty nenahraditelné, když píše: *"...pracovní zařazení skončí nebo ustoupí do pozadí. Zařazení v příbuzenstvu ovšem potrvá, protože je netvoří pouta daná společnými zájmy, ale rodem."* Tento důležitý úkol autorka zadává právě seniorům, kteří by podle jejího názoru měli udržovat rodinné vztahy.

Rabušic (2003) ve své zprávě z empirického výzkumu "Senioři a sociální opatření v oblasti stárnutí v pohledu české veřejnosti" na základě analýzy dat uvádí, že: *"Je jistou zajímavostí, že příbuzné i přátele mají více lidí věřící, s vysokoškolským vzděláním a bydlící v menších sídlech. Přátelské i rodinné vztahy se seniory jsou z hlediska stárnoucí společnosti velmi důležité pro budování mezigenerační solidarity a odbourávání případných stereotypů (ať už negativních, které by mohly vést i k věkové diskriminaci, nebo i pozitivních). Síť těchto vztahů by tedy měla být co nejhustší a nejkvalitnější."*

*"Mladí lidé často nevědí o přínosu seniorů a předvádějí nezáměr o starou generaci."* (Cesta domů, 2004 s. 25) Ve stejné knize se hovoří o generační propasti. Pro značnou



odlišnost životů mladší a starší generace mladí často neuznávají znalosti a zkušenosti starých lidí. Mezigenerační kontakt pomáhá ve zlepšování celospolečenských nálad.

Sehrané partnerské soužití v manželství přináší spokojenost do života seniorů. *"Partnerský vztah starších lidí je ovlivněn jak dlouholetým soužitím, tak proměnami vyplývajícími z postupného stárnutí. Vztah mezi staršími manželi bývá stabilizovaný..."* (Vágnerová, 2007 s. 368)

Říčan (1989) popisuje podrobněji šťastná i nešťastná manželství. Uvádí, že soužití v manželství přináší chvíle důvěrné i odcizení, lásku i nenávisť, hádky i usmíření a boje o nadvládu i odlehčení. Autor dále uvádí, že manželé senioři společně hodně vzpomínají.

Ztráta blízkých osob v rodině způsobuje silný nápor na emoce starého člověka. Je to skutečnost, která znamená citelnou zátěž na psychiku. Umírají vrstevníci a odcházejí i životní partneři. Ještě tragičtější ztrátou pro seniora je přežít smrt dětí nebo vnoučat. V takovéto situaci lidé často ztrácejí smysl žití. Nepřirozenost takové životní události výrazně poznamenává existenci seniora.

Hlavním rozdílem od minulých dob je fakt, že už se neumírá doma. Smrt je něco vzdáleného. Umírající je od rodiny izolován a umírá nejčastěji v nemocnici. Dnešní stará generace může negativně vnímat situaci v pohřbívání blízkých osob. Trendem dnes je pohřeb bez obřadu v kruhu blízké rodiny. Už se neorganizují velké pohřby, které znamenaly pro rodinu zesnulých společenskou událost. Generace seniorů zažila tuto významnou událost v minulosti v roli dětí a dospělých. Snášejí odklon od tradice jako zradu mladých.

Cílem moderní léčby a péče je v situaci terminálního stavu pacienta minimalizovat jeho utrpení a umožnit mu důstojné dožití a smrt.

Holmerová (2003) ve svém článku uvádí v bodech, co potřebují rodiny pečující o vážně nemocné:

- sociální integraci - množství, intenzitu a rozsah sociálních vztahů
- sociální síť - strukturu a zdroje vztahů, které jedince obklopují
- podporu - funkčnost a kvalitu sociálních vztahů s jinými, kteří pečujícího různým způsobem podporují a pomáhají mu
- materiální pomoc a služby

Haškovcová (2006) charakterizuje rodinu pečující o své seniory jako rodinu, která musí chtít ošetřovat, umí pečovat a může se starat. Dále konstatuje, že většina rodin pečovat chce.

To je první předpoklad, že se naučí, jak pomáhat správně. Problém nastává ve chvíli, kdy se o seniory starat nemůže. Jako překážky uvádí Haškovcová například ekonomické důvody, nevhodné bydlení a nemožnost žen opustit zaměstnání a starat se o seniora. U rodin, které se o své seniory starají je určena např. respitní péče a home care, které jim ulehčují tento úkol.

### 3.3.2 Sociální péče o seniory v ČR

Česká republika poskytuje pomoc starým osobám v nepříznivých životních podmínkách. Právo na přiměřené hmotné zabezpečení má občan deklarované v Listině základních práv a svobod.

Systém péče o seniory v České republice zaznamenal v posledních letech některé změny struktury. Trendem je individuální přizpůsobování jednotlivých služeb potřebám seniorů. O principech zdravotně-sociální péče je diskutováno na evropské úrovni již desítky let. Tyto principy upravují zásady přístupu k příjemcům sociální pomoci. Česká republika se přiřazuje svým sociálním programem ke státům, které mají při péči o potřebné stále na paměti cíle zachovat důstojnost, nezávislost, kladou důraz na participaci, společenskou integraci, zabezpečení a kvalitu života ve stáří.

Docentka Holmerová, předsedkyně České gerontologické a geriatrické společnosti, se již dlouhá léta zabývá systémovým řešením geriatrické péče. Z jejich zkušeností praktické lékařky i vlastních z rodiny vyvodila závěr, že u nás chyběl určitý článek mezi zdravotní a sociální péčí o seniory. Jsou to ti, kteří potřebují lékařský dohled, takže nemohou zůstat doma, ale zároveň není nutné, aby byli hospitalizováni v nemocnici. Založila jako tento chybějící mezičlánek "Gerontologické centrum". Toto centrum má jako jedno z mála zdravotnických zařízení oddělení specializované péče pro lidi v pokročilých stadiích demence. Bývá zde k dispozici i několik sociálních lůžek pro přechodný pobyt pro pacienty, u kterých již není zdravotní indikace k pobytu, ale nemohou se z nějakých závažných důvodů vrátit domů. Všichni víme, že nejčastějšími pacienty v nemocnicích jsou právě senioři. Proto Holmerová zdůrazňuje, že geriatrie patří nutně také do nemocnic. V nemocnicích by se měla nacházet akutní geriatrická oddělení. (Holmerová, Pavlatová, 2008)

Po hmotné stránce jsou senioři v ČR zabezpečeni těmito službami a systémy:

- důchodovým pojištěním
- státní sociální podporou
- sociální pomocí, sociální péčí

Sociální péči o seniory Kalvach (2004) mimo jiné popisuje v následujícím rozdělení:

### **Pečovatelská služba**

Zřizovateli těchto služeb jsou obce a okresní úřady. Žadatelem o službu je sám občan. Ke zdravotnímu stavu žadatele se vyjadřuje ošetřující lékař. Každý návrh je posuzován individuálně s přihlédnutím ke zdravotnímu stavu, věku, ztrátě soběstačnosti a k sociální potřebnosti občana. Pečovatelská služba je jednou z nejrozšířenějších služeb na poli sociální péče. Jedná se mimo jiné i o terénní službu, kdy pečovatelka dochází do domácnosti.

Terénní služby jsou zaměřené na domácí péči a podporují seniory v tom, aby zůstali co nejdéle soběstační ve svém prostředí.

Janečková (2005 s. 19) uvádí následující cíle terénních služeb:

- *"komplexnost*
- *orientace na člověka, odrážení jeho přání a potřeb na individuálním plánu péče*
- *pružnost*
- *dostupnost v čase (včasnost, dříve než nastane krize, preventivní orientace)*
- *kontinuální přístup (založený na spolupráci různých objektů a sektorů, pečovateli, zdravotníků, denních center, zaměstnavatelů)*
- *podpora integrace člověka do společnosti a tím předcházení izolovanosti a samoty*
- *opora v týmové práci personálu, který má možnost soustavně se vzdělávat a zlepšovat tak kvalitu péče"*

Mezi základní úkony pečovatelské služby patří nákupy a různé pochůzky. Velmi často využívané jsou rozvozy obědů. Mezi další základní činnosti pečovatelské služby patří práce spojené s udržováním domácnosti, doprovod na vyšetření, doprovod při krátkodobém pobytu mimo domov, pomoc při kulturních, zájmových nebo vzdělávacích aktivitách. Pečovatelka pomáhá při praní drobného osobního prádla, při žehlení. Pomáhá s přípravou jídel. Senioři mohou využít asistence při koupeli a jiných ošetřeních.

Součástí zařízení pečovatelské služby je také středisko osobní hygieny, které občanům nabízí manikúru, pedikúru a další služby. Většinu těchto služeb si klient hradí sám.

### **Domovy pro seniory**

- domovy seniorů

- domovy - penziony pro seniory
- domy s pečovatelskou službou

U domova seniorů a domova-penzionu jde o ústavní zařízení. Tyto typy domovů jsou určeny pro občany, kteří dosáhli seniorského věku.

Domovy seniorů se řídí stanoveným provozním řádem. Péče, která se nabízí obyvatelům domova seniorů, zahrnuje bydlení, stravování, úklid, rehabilitaci, kulturní a rekreační péči a další služby. Je zde zajištěna i zdravotnická péče sestrami a během dne lékařem. Kvalita života seniorů je zde ovšem znevýhodněna nedostatkem soukromí, jednolůžkové pokoje jsou ojedinělé. Naopak veškerá kulturní a zájmová činnost organizovaná v domovech seniorů velice podporuje jejich aktivitu, což velmi příznivě navyšuje kvalitužití v těchto ústavech.

Domov - penzion nabízí život těm seniorům, kteří nevyžadují komplexní péči a jsou schopni vést poměrně samostatný život. Jsou zde poskytovány provozní služby (vytápění bytu, užívání výtahu, dodávka energií, částečný úklid), současně jsou vytvářeny podmínky pro společenský a kulturní život. Objektivně jsou u obou těchto typů domovů zajištěny seniorům uspokojivé podmínky. Přesto není institucionalizace starých osob ve společnosti oblíbena a využívají těchto zařízení zpravidla pouze v případě, kdy není jiná možnost.

Domy s pečovatelskou službou nejsou ústavním zařízením sociální péče a jsou velmi žádané. Jedná se o formu individuálního bydlení, která je u starých lidí oblíbená. Kvalita života zde je vysoká. Soběstačnost, zvyklosti, stereotypy a soukromí klientů jsou ve velké míře zachovány. Navíc zůstává možnost zapojit se do kolektivního života.

### **Kulturní a společenská zařízení**

- kluby seniorů
- denní centra

Podrobněji se tématu klubů seniorů věnuje část čtvrté kapitoly o aktivním stárnutí.

Poměrně novou službou, ale hojně využívanou pro staré občany jsou poradenská centra a informační linky při různých organizacích.

Významnou skupinou poskytovatelů sociálních služeb jsou neziskové organizace. Neziskový sektor nabízí seniorům a jejich rodinám respitní péči. Tato úlevová služba spočívá v asistenci rodině, která dlouhodobě pečuje o starého člověka. O klienta je postaráno buď v domácím prostředí, nebo v nějakém zařízení. Asistent dohlíží na klienta, je mu společníkem

a pečuje o něj v době, kdy rodina nemůže. Příkladem je Respitní centrum při občanském sdružení Život 90, kde je možný krátkodobý pobyt pro osoby trpící demencí, kteří však jinak žijí v rodině. Součástí je i stacionář s denním programem a aktivizačními aktivitami.

Život 90 je v proseniorských aktivitách velmi činný. Jeho představitelé formulovali na svých webových stránkách názor na to, kdo všechno by se měl spolupodílet na odpovědnosti za podporu aktivního stárnutí. Podle jejich názoru jsou to sami staří občané, kteří mají individuální odpovědnost za vlastní zdraví a proaktivní přístup ke všem oblastem života. Seniorské organizace hájí zájmy seniorů a působí na ně z hlediska služeb a jejich uplatnění. Politici by měli projevovat trvalý zájem o problematiku, nejen v období voleb a měli by podporovat vznik zákonů zlepšujících postavení seniorů. Sociální partneři mají na starost problematiku pracovně právních aspektů a ekonomické zajištění seniorů. Svůj podíl mají akademici, výzkumníci, experti zabývající se prosociálním plánováním budoucnosti. Dále se zapojují poskytovatelé sociálních služeb, kteří by se měli zaměřit na provázanost v oblasti kompetencí, které nelze členit do jednotlivých resortů. Pojišťovny by měly dohlížet na řádné poskytování zdravotní péče. Od policie a soudů se očekává, že se stanou synonymem prevence, pomoci a ochrany. Média by si měla uvědomovat vliv na názory veřejnosti. Vzdělávací instituce by se měly zaměřit na výchovu k individuální projekci stáří.

Jedním z hlavních cílů sociální péče o seniory je zachovat důstojnost ve stáří. Dříve existovala přirozená úcta ke starým lidem. Dnes mladá generace o zachování důstojnosti ve stáří často pochybuje. Principy lidské důstojnosti po formální stránce zajišťují Listina základních práv a svobod, ústava, profesní etické kodexy i další zákony. Každý člověk si však musí vytvořit sám předpoklady pro svůj vlastní pocit důstojnosti ve stáří.

Dokument " A, B, C and D of dignity conserving care" z května 2007 (Chochinov, 2007), jehož autorem je kanadský psychiatr Harvey Max Chochinov popisuje charakteristiky péče zachovávající důstojnost. Je primárně určený lékařům, ale je obecně platný pro všechny poskytovatele péče. Zachování důstojnosti při péči o starého člověka je jednou z hlavních priorit moderní doby, a to z pohledu seniora samého i z pohledu společnosti. Péče o seniora prováděná v souladu se zachováním důstojnosti přispívá mnohonásobně ke zvyšování kvality seniorského života.

A, B, C a D péče zachovávající důstojnost:

#### 1. A - Attitude - postoje

Sociální pracovníci, lékaři a pečovatelé by měli ke klientům, příjemcům služby přistupovat bez jakýchkoli předpokladů a domněnek. Neměli by prisuzovat věci a vlastnosti

osobám, neodsuzovat za určité chování, nesoudit a nehodnotit. Práce s lidmi by měla být plná porozumění a pochopení.

## 2. B - Behaviour - chování

Chování poskytovatelů péče by mělo být laskavé, respektující a soucitné. Pečovatel by měl svým chováním dávat najevo, že se stará o klienta rád. Poskytovatel péče by si měl být vědom toho, že hraje důležitou roli při zprostředkování důstojnosti pacientům. Drobné laskavosti mohou vyslat silné poselství, že člověk je hoden takové pozornosti. Ochota pomoci nebo pečovat dodává pocit vlastní hodnoty a vlastní soudržnosti.

## 3. C - Compassion - soucit

Soucit s potřebným je spojením s duševní oblastí. Soucítění s trpícím pacientem vyjadřuje hlubokou úctu k člověku. Kontakt s pacientem vyžaduje velkou míru empatie. Soucit se u člověka může vyvinout osobní zkušeností s utrpením v průběhu času, nebo může být také kultivovaný vystavením interdisciplinárnímu působení humanitních oblastí (literatura, filozofie, etika, historie a náboženství), společenských věd (antropologie, kulturní studia, psychologie, sociologie) a umění (literatura, divadlo, film a výtvarné umění).

## 4. D - Dialogue - rozhovor

Dialog, "D" péče zachovávající důstojnost, může být nejvíce a nejméně důležitá součást tohoto rámce. Kvalitně vedený rozhovor je základním prvkem formování péče o pacienta. Slouží k získávání informací, určování emocionálního rozpoložení a plánování postupu při pečování.

Projekt „Důstojnost a starší Evropané“ (2004) je tříletým výzkumným projektem při Evropské unii, který měl za cíl zmapovat význam a prožívání důstojnosti u starších osob. Sami senioři kladli důraz na pojmy úcta, participace a možnost rozhodování. Hlavní cíle projektu byly zvýšit povědomí společnosti o významu lidské důstojnosti, povzbudit vzájemnou úctu mezi starším pacientem a pečovatelem nebo zdravotníkem, zlepšení obrazu seniorů ve společnosti a pozitivní ovlivnění mezigenerační solidarity. Výsledkem jsou doporučení, vzdělávací materiály a postup k posilování lidské důstojnosti u starších osob.

Pro mnoho starých lidí je zásadní zachování nezávislosti pro udržení důstojnosti. Účastník projektu doslova řekl: *„Důstojnost především znamená, že moje rozhodnutí jsou moje. Že se mohu sám rozhodnout, že budu respektován, že je všechno čistě jen na mně. A že svoje rozhodnutí mohu realizovat.“* (Cesta domů, 2004)

### 3.4 Psychický faktor

Kalvach (1997) hledá odpověď na otázku, proč starý člověk dělá to, co dělá, proč to nedělá očekávaným způsobem, proč některé potřeby a věci jsou v popředí jeho zájmu, proč se vrací k některým zájmům mladého věku a jiné opouští. Odpovídá, že to vše je otázka motivace, vnitřních pohnutek. Píše: *“ Je to otázka struktury potřeb, hodnot a cílů ve struktuře osobnosti. Do této interakce vstupuje také temperament jedince.”* (Kalvach, 1997 s. 60)

Ve stáří je typická změna psychických funkcí. Jednou z nejčastěji pozorovaných změn je snížená výkonnost paměti. Starý člověk si hůře dává do spojitosti události, které se kolem něj dějí. Největší problémy se objevují u krátkodobé paměti, problematické je vštípení a vybavování. Naopak staří lidé vykazují velmi dobré výsledky při používání dlouhodobé paměti. Často a rádi vzpomínají na události z mládí a dětství. Je pravdou, že zpravidla některé své zážitky z dřívějších let opakuji často dokola. Bohaté životní zážitky pozitivně ovlivňují spokojenost člověka na sklonku životní poutě. Stará generace velmi lpí na osudech dětí. Senioři se radují ne tolik z vlastních úspěchů, ale z úspěchů svých dětí a vnoučat.

Další charakteristikou je rozvážné konání a řešení situací a úkolů. Starý člověk netrpí pocitem spěchu a stresu. Ve stáří se velmi prohlubuje trpělivost. Senior je mnohem více vytrvalý a v činnosti, kterou začne vykonávat, vydrží až do úspěšného konce.

#### 3.4.1 Změna osobnosti

Osobnost člověka se tvoří od narození. Od prvních okamžiků, kdy se člověk narodí, je ve společnosti ostatních lidí a ti na něj působí. Primárním činitelem je rodina, která na jedince působí od první chvíle, kdy se stane členem rodiny. Vztahy mezi generacemi také silným vlivem působí na formování osobnosti člověka. Osobnost starého člověka reaguje na změny, které se neodvratně dějí v poslední části života člověka.

Povaha starého člověka ve stáří z pravidla vykazuje vznik jednoho jevu. Okolí si všímá toho, že vlastnosti, které byly výrazné po celý život, ještě více vystupují na povrch. Většinou se jedná o nepříjemné projevy povahy. Jako příklad uvádí Haškovcová (1989), kdo byl v mládí šetrný, je ve stáří lakomý, nebo kdo vyhledával slovní šarvátky, dospívá ve stáří do nesnášenlivého a vztahovačného starce. Kalvach (1997) zdůrazňuje, že změny v psychice nesměřují jen k horšímu. U seniorů se můžeme často setkat s trpělivostí a zvyšuje se vytrvalost a to především u monotónní tělesné i duševní činnosti. U starého člověka je typická

stálost v názorech a mezilidských vztazích. Mnoho starých lidí má problém vyrovnat se s obtížemi stárnutí. Psychická aktivita je předpokladem spokojenosti a soběstačnosti ve stáří.

Haškovcová (1190) uvádí, že *"životní spokojenost starších lidí je vyšší tehdy, když se životní styl člověka ve stáří příliš neliší od způsobu života ve středním věku."*

Pod tlakem okolností se mění sebepojetí staršího člověka. Senior se musí vyrovnat se ztrátou mnoha rolí a úpadkem různých kompetencí. (Vágnerová, 2007) Autorka dále uvádí, že případný pokles osobní pohody senior kompenzuje idealizovanou interpretací minulosti.

### 3.4.2 Hodnoty a potřeby seniorů

Člověk se během svého života vlivem okolí proměňuje a tím se mění i jeho hodnotové žebříčky. Některé hodnoty člověk upřednostňuje celý život a jiné nachází a upevňuje až na jeho konci.

Potřebu charakterizuje Sokol (2004 s. 346) jako něco, *"bez čeho se člověk nemůže obejít. Je však vždycky omezená (člověk nemůže sníst nekonečně mnoho) a jakmile je uspokojena, ztrácíme ji ze zřetele (sytého člověka jídlo nezajímá)".*

Nejznámější teorií hodnot je teorie Abrahama Maslowa. Maslow definuje základní potřeby člověka a mezi ně patří fyziologické potřeby - jídlo, teplo, sex, přístřeší, spánek. Následují potřeba jistoty a bezpečí, (vzájemné) lásky, sounáležitosti a přijetí. Dále řadí potřebu uznání, sociální potřeby (potřeba nezávislosti, svobody, síly, sebejistoty tváří v tvář světu a požadavek prestiže, respektu ze strany jiných lidí, pozornosti). Následuje potřeba seberealizace (touha stát se více a více tím, čím se člověk může stát. A na nejvyšší patro pyramidy staví kognitivní potřebu vědět/znát a rozumět/pochopit. (Nešporová, Svobodová, Vidovičová, 2008)

*"Problematika potřeb ve vyšším věku je motivována dvěma otázkami: zaprvé, jaké potřeby má starší člověk a zdali se tyto liší od jeho potřeb v předchozích životních fázích, a zadruhé, jak, kdo a kdy dané potřeby ve vyšším věku uspokojuje."* (Nešporová, Svobodová, Vidovičová, 2008 s. 26) Autoři dále uvádějí, že ve stáří se objevují obavy z pádu, z útoku, z neschopnosti přizpůsobit se a obava, aby se člověk nestal zátěží pro rodinu a přátele.

Mezi hodnotami, které seniora nejčastěji pozitivně uspokojují, je hodnota pocitu sounáležitosti k rodině a dalším skupinám. Ve stáří člověk lpí na rodinných vztazích. Pocit bezpečí senior intenzivně vyhledává a nachází v kruhu rodiny.

Základní potřeby seniora se profilují na potřeby lásky, úcty a pokoje. Někteří senioři uspokojují potřebu užitečnosti formou různé pomoci v rodině například s vnoučaty nebo péčí



o jiné potřebné. Tento fenomén se objevuje mnohem častěji u žen než u mužů. S přibývajícím věkem se upřednostňují potřeby základní ve spodní části Maslowovy pyramidy.

Téma autonomie ve stáří hovoří o pocitu a reálném uplatňování kontroly nad vlastním životem seniora. Člověk kompenzuje ubývající fyzickou zdatnost potřebou kontrolovat například finance nebo sociální interakci. Autonomie bojuje s pasivitou ve stáří, s neschopností odpovědného rozhodování a se závislostí na druhých. (Sýkorová, 2007) Autonomie má blízko k tématu soběstačnosti. Autorka (2007 s. 78) uvádí: *"Maslowem identifikované charakteristiky sebeaktualizovaných osob splývají s definičními znaky autonomních jedinců: Především s asertivitou, která znamená závislost individuů na vlastních soudech více než na kulturních normách, prosazování svého životního stylu v souladu s vlastními potřebami, sebekázeň, rozhodnost a odpovědnost. A rovněž s odstupem a potřebou soukromí coby schopnosti sebeaktualizovaných (pro nás autonomních) osob být samy, aniž by se cítily osamělé."*

Vágnerová (2007) píše, že ve stáří se člověku nabízí možnost realizovat dosud nenaplněné vnitřní potřeby. Senior po odchodu do důchodu dostává prostor dělat to, co jej zajímá. Dále autorka zmiňuje, že se starší člověk nejvíce obrací do minulosti a bilancuje svůj postoj k sobě i ke světu.

Dalšími významnými hodnotami ve stáří jsou úcta a důstojnost. Tématu důstojnosti se věnuje mimo jiného třetí kapitola, kde je podrobněji popsána její důležitost v životě seniorů.

### 3.4.3 Deprese ve stáří

Dragomirecká (2007, in Ondrušová, 2009) prokázala, že subjektivní hodnocení kvality života je výrazně ovlivněno depresivitou.

Míru deprese poměřuje celá řada dotazníků, mezi nejpoužívanější patří "Geriatrická škála deprese podle Yessavage - krátká verze". (Tošnerová, Zadák, 1999, in Holmerová, 2007)

*"Depresivní poruchy ve stáří nebývají správně rozpoznány ani léčeny, přestože zhoršují průběh somatických onemocnění a snižují kvalitu života. Pro vyšetření pacientů seniorů lze použít dotazník Škála deprese pro geriatrické pacienty (Geriatric Depression Scale), jehož nejčastěji používanou verzí je dotazník s 15 otázkami (GDS – 15)."* (Ondrušová, 2009 s. 38)

Rizikovými faktory pro vznik depresí u osob vyššího věku je například ztráta blízkých (partner, partnerka, děti), polymorbidita, insomnie, hypochondrie a sebevražedné pokusy v minulosti. Deprese ve stáří se liší od deprese nižšího věku. Zejména pacienti vyššího věku se

při depresivních stavech hůře soustředí, orientují a řeší problémy. Dále ztrácejí zájmy, aktivity, dochází k poklesu energie a ke zvýšené unavitelnosti. Dalšími typickými příznaky jsou poruchy spánku, většinou snižena nebo naopak i zvýšená chuť k jídlu, prožívání pocitů viny, ztráta sebedůvěry a také opakované myšlenky na smrt a sebevražedné úmysly. (Holmerová, 2007)

Kalvach (2004) uvádí smutek jako vedoucí příznak deprese. Často se přidává úzkost, někdy apatie a neschopnost prožitku radosti. Autor dále uvádí, že deprese spolu s demencemi a delirii jsou nejčastějšími psychickými poruchami vyššího věku. Deprese u seniorů jsou hlubší a obecně trvají déle než ve věku mladším.

K problému smutných nálad u osob vyššího věku se vyjadřuje Topinková (1995). Zdůrazňuje, že je třeba rozeznávat "běžný smutek všedního života" od skutečné deprese, která nemocnému přináší utrpení a může ohrozit i jeho život.

Je chybná obecně přijímaná představa, že každá deprese dříve nebo později spontánně sama odezní. Ke zlepšení bez léčby dojde jen asi u 60 % starých nemocných, často však až po dlouhém, mnohdy i několikaletém trvání deprese. Nejzávažnějším důsledkem depresivity může být sebevražda. Naopak při léčbě dochází u většiny nemocných k plnému ústupu depresivních stavů. (Topinková, 1995)

## 4 Aktivní stárnutí

Každý o svém stáří rozhoduje mnohem dříve, než se přihlásí ve své faktické podobě. Ačkoli jsme svoje stárnutí odstartovali už příchodem na svět, teprve v určitou chvíli začínáme "stárnout opravdu". Výhodu má ten, kdo se již v předstihu zamýšlí nad svými aktivitami, ve kterých může pokračovat i ve stáří. Rychlost stárnutí je u každého člověka jiná, všem je společný fakt, že stárneme všichni a stále. Individuální rozdíl je v tom, jak se kdo skutečně cítí. Pro aktivně prožité stáří je velmi důležitý optimistický přístup k životu.

Následující kapitola mé práce je celá věnovaná "aktivitě". Pro prožití plnohodnotného stáří je aktivní přístup k životu tím nejdůležitějším faktorem.

Na aktivitu ve stáří působí mnohé vlivy. Prožívání kvalitního života seniora závisí například na jeho zdraví, na finančním zázemí, na společenské nabídce aktivit a na individuálních potřebách, přáních a možnostech.

Popisuji zde například zajímavý "Projekt aktivního stylu života seniorů". Zmiňuji význam plánování a přípravy na aktivní stáří. Podrobněji se věnuji některým seniorským aktivitám z různých oblastí.

Kalvach (2004) konstatuje, že skutečná podpora aktivity seniora znamená hledání toho, co jej naplňuje radostí, dává mu smysl, navozuje jeho příjemné prožitky a pocity v každodenním životě. Tomu napomáhá "aktivizace - programování aktivit". Jedná se o proces podněcování, povzbuzování k činnosti. Jak píše Kalvach (1997), nečinnost je nepříznivá, je projevem chorobného stavu a špatné prognózy. Dochází k poklesu kondice, hrozí imobilizační syndrom, vzniká riziko deprese a může dojít k sociální izolovanosti. Návazností na neaktivní život je prázdnota, nízká kvalita a vážná ohrožení zdraví.

*"V mnoha částech Evropského regionu se u starších lidí klade hlavní důraz na zajištění klidu i pohodlí a naproti tomu se nabízí málo příležitostí k rozvoji a zachování potřebné aktivity. Existuje mnoho příležitostí jak zůstat aktivní a dál se zajímat o život. V dnešní době se rozšiřují možnosti vzdělávání pro starší lidi a obdobně roste i úroveň vzdělání osob, kterým je 65 let a více. V některých zemích založili starší občané, pravděpodobně v důsledku vyšší úrovně vzdělání, politická sdružení a zájmové skupiny, kterými prosazují svoje požadavky ovlivňující rozvoj sociální i zdravotní politiky a služeb. Všeobecně se však dosud věnuje nedostatečná pozornost naplňování měnících se potřeb a očekávání starších lidí, a to jak na národní, tak regionální úrovni."* (Zdraví21, 2000 s. 47)

Kalvach dále nabádá k citlivému a individuálnímu přístupu k podněcování k psychické a fyzické aktivitě. Svou roli tady hraje oblast sociální, psychologická, materiální a duchovní.

#### 4.1 Plánování, příprava na aktivní stáří

Jak být aktivní ve stáří? Zamyslet se nad aktivním stářím se zdá být velice jednoduché. Realizace je ovšem složitější. V současné době se střední délka života stále prodlužuje. V průměru máme všichni možnost prožít delší život. Znamená to mít déle vztah s blízkými osobami - rodiči, dětmi či vnuky. Promýšlení budoucího života, plánování a příprava na aktivní stáří je již samo o sobě aktivitou. Dlouhodobou přípravou na období stáří si každý může vytvořit podmínky pro jeho kvalitní prožití.

Klasicky se příprava na stáří dělí na dlouhodobou, střednědobou a krátkodobou. S měnící se společenskou a politickou situací v České republice se ovšem hranice tohoto rozdělení stírají.

Do přípravy na stáří neodmyslitelně patří pěstování pevných rodinných vztahů a rozvíjení celospolečenských kontaktů. Posilování mezilidských vztahů v rodině je nejučinnější vzor pro děti, které se časem budou starat o své stárnoucí rodiče. Haškovcová (2006 s. 43) dokládá, že: *"rodinná a sousedská péče pokrývá 70-80 % opodstatněných potřeb starých a starých nemocných lidí."* Součástí uvědomělé přípravy na stáří je tedy budování kvalitních a pevných rodinných a sousedských vztahů.

Postoj ke stáří se vytváří už od dětství. Vzor chování získávají děti od svých rodičů, kteří se starají o prarodiče. Příprava na stáří je celoživotní proces. Její součástí je výchova k mezigeneračnímu porozumění, pěstování respektu ke starým lidem a přijímání stáří jako přirozené součásti života. Podstatou přípravy na stáří je také zdravý životní styl a kultivace osobnosti člověka. V období od 45 let by si již člověk měl plně uvědomovat a vědomě akceptovat stáří jako nedílnou součást života, měl by se cíleně připravovat na odchod do důchodu a plánovat si tzv. druhý program života. Tady mám na mysli plánování možností osobní realizace, vyhledávání možných aktivit, jako například univerzity třetího věku. Závěrečná etapa přípravy zahrnuje období pěti až dvou let před odchodem do důchodu. Po ukončení pracovního života by si měl starý člověk hledat odpovídající nový životní program. Uplatnění na trhu práce je potřeba nahradit novým smysluplným vyžitím. Seznámení s problémy ve stáří pomůže k prevenci budoucích potíží. (Kalvach, 2007; Gruberová, 1998; Haškovcová, 1989; Zavázalová, 2001)

Nemalá skupina penzionovaných cítí, že se jim po práci stýská. Nejraději by se ještě do pracovního procesu zapojili. Jiní se na odchod z práce těší a plánují si, jak budou odpočívat, věnovat se koníčkům. Novým trendem, který doporučují odborníci, a který má zmírnit náhlý odchod do penze a opuštění pracovních aktivit, je přechod na zkrácený pracovní úvazek. Je zřejmé, že takový úvazek vzhledem k věku není tak velkou zátěží a navíc dává příležitost zorganizovat si podle svých představ volný čas v menším rozsahu. (Kalvach, 2007). Realita současného pracovního trhu, bohužel i s výhledem do budoucnosti, nenabízí vhodná zaměstnání pro seniory. Všeobecně platí, že trh pracovních příležitostí je malý i pro mladší generace. Zejména pro seniory je situace na trhu práce u nás velmi nepříznivá.

Dalším bodem přípravy na stáří je zabezpečení bydlení, finanční otázky a celkové budování zázemí na dožití. Hlavním předpokladem spokojeného stárnutí je zajištění přiměřených životních podmínek, finančních rezerv a plánování ekonomických prostředků.

Dobře naplánované stárnutí a stáří přináší pozitivní vliv na kvalitu prožitých seniorských let.

## 4.2 Seniorské aktivity

Pojem "aktivita" je lidmi často chápán velmi omezeně jako forma nějaké sportovní činnosti - fyzické aktivity. Ta je samozřejmě významnou součástí aktivního stáří. Kromě těla je však třeba udržovat aktivní i mozek a myšlení pomocí duševních aktivit. Díky správnému typu pohybové aktivity v přiměřených dávkách pomáhá senior svému tělu. Být "fit" jen po fyzické stránce však nestačí. I mozek je třeba udržovat v pohotovosti. Oba dva typy těchto aktivit, fyzická i psychická, mají blahodárný vliv na kvalitu života ve stáří.

Fürst (1997) uvádí, že na způsob stárnutí má vliv celý životní styl. Stáří člověka navazuje na navyklé způsoby z mladších let. Míra aktivního stárnutí je přímo ovlivněna vzděláním, zvoleným povoláním, příjmy, rodinou a okruhem přátel.

V seniorském věku se člověku otevírá prostor pro nové aktivity, které během pracovního vytížení nemohl svobodně realizovat. Volný čas se dá pojmout jako hlavní výhoda při přechodu z produktivního věku do důchodového. Zájmy a aktivity ve stáří nejvýrazněji působí na kvalitu stráveného času.

Kuchařová, Rabušic a Ehrenbergerová (2002) dokládají z analýzy aktivit starších obyvatel, že *"stáří je pokračováním předchozího života a odráží život prožitý v mladších obdobích. Rozdílnost životních stylů osob ve středním věku se do velké míry přenáší do*

*seniorského věku a tuto závislost může změnit v podstatě jen nepředvídatelná změna zdravotního stavu nebo "osudová" životní událost."*

#### 4.2.1 Vzdělávání seniorů

Seniorské vzdělávání je jednou z nejznámějších duševních aktivit. Senioři s přibývajícími lety kladou větší důraz na vnitřní smysl činnosti. Tato tendence se často projevuje v potřebě vzdělávat se. Vzdělávání seniorovi přináší pocit větší prestiže v rodině. Dalším pozitivním přínosem je porozumění moderní době.

Jsou známy tři modely vzdělávání - Kluby aktivního stárnutí, Akademie třetího věku a Univerzity třetího věku. Oblíbené mezi seniory jsou Kluby aktivního stárnutí a Akademie třetího věku, které nabízejí odborné kurzy. Příkladem je klub zahrádkářů, kurzy tvůrčího psaní, divadelní kurzy a kluby pod záštitou různých organizací či institucí (Červený kříž, Akademie J. A. Komenského).

Při vysokých školách jsou každoročně otevírány kurzy celoživotního vzdělávání. Nejvíce navštěvované jsou kurzy na Karlově univerzitě v Praze a Masarykově univerzitě v Brně. Také vysoká škola ekonomická v Praze organizuje studium pro zájemce v důchodovém věku.

Univerzita třetího věku je součástí koncepce nazývané celoživotní vzdělávání, v jejímž rámci se každoročně otevírá několik desítek kurzů. Cílem kurzů Univerzity třetího věku je poskytnout seniorům v důchodovém věku možnost, aby se kvalifikovaně a na univerzitní úrovni mohli systematicky seznamovat s nejnovějšími poznatky v oblasti vědy, historie, politiky, kultury apod. Posluchačem Univerzity třetího věku se může stát každý občan, který dosáhl důchodového věku. (Univerzita Karlova v Praze, 2011)

V Brně na Masarykově univerzitě se také realizuje program Univerzity třetího věku, ve zkratce U3V, jako soubor programů celoživotního vzdělávání zaměřených na vzdělávání osob v postproduktivním věku. Cílem programu je otevření univerzitních zdrojů poznatků, vědomostí a dovedností pro zájemce z řad seniorů. Snahou je u účastníků nejen prohlubovat dosavadní vědomosti, ale také prezentovat nové poznatky vědy, obory a technologie, které jsou seniorům jinak nedostupné. V základním kurzu jsou nabízena témata člověk a zdraví, člověk a příroda, člověk a umění, člověk a společnost. Častým obsahem přednášek U3V je zdravý životní styl v seniorském věku. (U3V MU, 2011)

Funkce vzdělávání u seniorů je převážně zaměřena na rozvoj zájmů a schopností. U starého člověka se kultivují a stimulují potřeby, upevňuje se připravenost na další stárnutí a

udržuje se v kondici fyzická a duševní síla. Dochází k ideálnímu začleňování do společnosti a je naplňován ideál užitečnosti.

#### 4.2.2 Domácí aktivity

Patrně nejčastěji senioři tráví svůj volný čas v domácím prostředí. Zabývají se četbou, vařením, sledováním televize, poslechem rozhlasu, péčí o vnoučata, procházkami, starají se o domácí zvířata, navštěvují příbuzné a známé, pracují na zahrádce, věnují se ručním pracem a kutilství. Aktivity si senioři volí dle individuálních potřeb a preferencí. Velmi oblíbenými domácími aktivitami jsou luštění křížovek a řešení "sudoku".

Velmi rádi svůj volný čas senioři tráví ve společnosti rodinných příslušníků. (Kuchařová a kol., 2002)

#### 4.2.3 Náboženské aktivity ve stáří

Starší lidé hledají nové podněty a činnosti a nacházejí je v zapojení v církvi. Strach z nemoci a smrti přináší do života seniorů religiozitu. Oporou pro staré lidi může být účast na společenství, kultovní aktivita formou bohoslužby a skupinové církevní aktivity. (Holm, 1993)

Dále autor uvádí, že v pastorační práci u seniorů se velmi úspěšně používá teorie truchlení Elisabeth Kübler-Rossové. Senioři se potřebují vyrovnat s blížící vlastní smrtí a často i se smrtí blízké osoby.

Grün (2009) správně přirovnává vnější omezení ve stáří ke spirituální výzvě. Přímě píše: *"Kdo se smíří se svými vnějšími hranicemi a vydá se na spirituální cestu míru se sebou samým a se svým životním příběhem, pocítí v sobě schopnost přispívat ke smíření s okolím."* (Grün, 2009 s. 51)

Víra starým lidem poskytuje návod při zvládání zátěží, je základem při sebehodnocení a oporou a rámcem pro interpretaci významu jejich životních zkušeností. Víra přispívá k vyrovnanému a zdravému postoji ke stáří a procesu stárnutí. Ve stáří často potřeba spirituality narůstá. Společenství církve poskytuje seniorům duchovní oporu, smysluplnou náplň života, sociální identitu a sociální roli. Aktivity v rámci církve (bohoslužby, biblické hodiny, dobrovolnictví) přinášejí srozumitelné podněty a spirituální sounáležitost. (Vágnerová, 2007)

#### 4.2.4 Kluby seniorů

V rámci klubů seniorů se nabízejí různé zájmové kroužky, výuka práce na počítači, debatní kroužky, přednášky a besedy (cestopisné, zdravý životní styl, ruční práce, setkání s

představiteli města, policie, atd.). Většinou jsou zřizovány při domech s pečovatelskou službou, v rámci penzionů pro seniory nebo jako samostatné projekty. Pro členy klubu seniorů jsou organizované společné zájezdy do divadla, na koncerty a na sezonní akce. Oblíbené je společné slavení svátků, narozenin a Vánoc. Senioři se v klubu rádi baví při hraní společenských her.

Kluby seniorů organizují pro své členy tréninky paměti. Praktická cvičení formou zábavných úkolů jsou zaměřena na aktivní procvičování mozku.

V poslední době vzhledem k rychlému rozvoji informačních a komunikačních technologií je práce s počítačem aktuální i u starší generace. V klubech seniorů se organizují základní internetové kurzy.

Jakékoli aktivity provozované v klubech mají pozitivní vliv na kvalitní využití volného času seniorů. Kolektivní aktivity zabraňují sociálnímu vyloučení.

#### 4.2.5 Pohybové aktivity

Jakýkoli pohyb prospívá člověku i v pokročilejším věku. Nejvhodnějším způsobem pohybu ve stáří je chůze. K tomu, aby si senioři déle zachovali tělesnou svěžest a dobrou duševní výkonnost, stačí třeba i kratší pravidelné denní procházky. Lékaři je často doporučují, a to nejlépe ve společnosti druhých. Udržování dobrého stavu organismu pravidelným sportem přispívá k prevenci zachování svalové funkčnosti a pomáhá vylepšovat koordinaci těla. V seniorském věku se doporučují společenské sportovní aktivity, které působí mimo jiné i na socializaci. Cvičení v Sokole je příkladem ideální aktivity, kdy se senioři zapojují do společnosti ostatních lidí. Vhodným pohybem pro bolavé kluby seniorů je plavání. Veřejné plavecké bazény nabízejí skupinové rehabilitační plavání pro seniory. Také tanec skvěle plní funkci vhodné pohybové aktivity pro seniory. Při neopatrném a neodborném sportování jsou však senioři ohroženi úrazy, které mohou způsobit dlouhodobé upoutání na lůžko. Nenáročný, ale pravidelný pohyb je vždy potřeba provádět opatrně a s rozmyslem. Každý senior by si měl být vědom toho, že lenošení není zdravé, naopak vhodný pohyb má všeobecně pozitivní vliv na kvalitu života ve stáří.

#### **Projekt aktivního stylu života seniorů**

Nenásilný způsob propojení pohybových a duševních aktivit přináší například projekt pod názvem "Pohybové aktivity jako prostředek aktivního stylu života seniorů". Jak dále vysvětlují, tento projekt ideálně kombinuje tělesnou a psychickou aktivitu u seniorů.



Projekt byl realizován po dobu tří let na FTVS UK. Cílem projektu bylo navrhnout a ověřit model směřující k racionálnímu stylu života ve stáří, jehož nedílnou součástí jsou pohybové a relaxační aktivity. Vedle pohybu byl program zaměřen na předávání informací a poznatků z oblasti základů jógy a čínských zdravotních cvičení. Program projektu pracoval s vyvážeností tělesného a duševního zatěžování staršího organismu. Skupina 30 seniorů, ve věku 63 – 80 let, která se tohoto projektu zúčastnila po dobu 3,5 let, žila v duchu doporučovaných zásad z oblasti relaxace, dechových a autoregulačních cvičení, dodržovala racionální stravování a pitný režim a otužovala se. Tento experiment sledoval změny a vývoj jedinců ve skupině. Šetření bylo vyhodnoceno na základě průřezových šetření. Dále byl vyhodnocován dlouhodobý efekt pravidelně prováděných pohybových činností na životní styl a pocit osobní nezávislosti seniorů. Výsledkem testů a závěrečného vyhodnocení seniorů bylo prokazatelné zpomalení involučních jevů v oblasti psychické, funkční a motorické. Na kvalitu života se aktivní způsob života promítl ve zvýšené důvěře seniorů ve vlastní schopnosti. Schopnost pružněji reagovat na životní okolnosti a radostnější žití vnímali sami senioři a také jejich okolí. Kladné výsledky se objevily i v hodnocení funkčních a silových schopností. Potvrzení přišlo i ze strany účastníků, kteří se díky aktivnímu pohybu při chůzi méně zadýchávali a snadněji chodili do schodů. Okruhy cvičení se osvědčily a získané zkušenosti přebírají další instituce. Program aktivního stylu života pokračuje dál a těší se velké oblibě mezi seniory. (Štilec, 2004)

V závěru kapitoly o psychických a fyzických aktivitách musím ještě jednou zdůraznit, že jejich pozitivní vliv na kvalitu života ve stáří je nesporný. Kladné působení na organismus seniora se ještě násobí, pokud se dodržují také zásady zdravé výživy. Pevnější zdraví, delší život a následně kvalitně prožité aktivní stáří, to jsou samy o sobě významné hodnoty pro každého člověka. Lidé, kteří jsou do pozdního věku zdravější, vzdělanější, fyzicky a psychicky zdatnější a celkově aktivnější, jsou přínosem i pro celou společnost ve které žijí.

## **5 Dotazníkové šetření**

### **5.1 Cíle dotazníkového šetření**

Cílem dotazníkového šetření bylo zkoumání vlivu aktivity na kvalitu života seniorů. Zjišťovala jsem, do jaké míry jsou současní senioři aktivní, čemu se konkrétně věnují a jak prožívají svůj volný čas. Snažila jsem se objektivně zmapovat dostupnost aktivit v okolí dotazovaných seniorů. Sestavila jsem dotazník, v němž byly otázky zaměřené na seniorské aktivity, trávení volného času, cvičení ve stáří, zdraví a životní hodnoty (příloha č. 1). Na závěr jsem se zaměřila na průzkum míry depresivity u aktivních seniorů.

Na základě shrnutí teoretických poznatků byly zformulovány následující hypotézy:

### **5.2 Hypotézy**

#### **Hypotéza č. 1**

Předpokládám, že senioři, kteří cvičí denně nebo několikrát týdně, se cítí zdraví.

#### **Hypotéza č. 2**

Předpokládám, že senioři, kteří jsou aktivní, se nikdy nenudí.

#### **Hypotéza č. 3**

Předpokládám, že by senioři ve svém životě nejčastěji změnili svůj zdravotní stav.

#### **Hypotéza č. 4**

Předpokládám, že senioři, kteří navštěvují kluby seniorů, mají obdobnou míru depresivity jako senioři cvičící v Sokole.

#### **Hypotéza č. 5**

Předpokládám, že většina seniorů, kteří jsou aktivní, nejsou depresivní.

#### **Hypotéza č. 6**

Předpokládám, že většina seniorů, kteří se nenudí, nejsou depresivní.

#### **Hypotéza č. 7**

Předpokládám, že senioři, kteří žijí sami, sledují televizi častěji oproti těm, kteří žijí s partnerem nebo v širší rodině.

### 5.3 Metodika

Při průzkumu byla použita kvantitativní metoda dotazníkového šetření. Dotazník (viz Příloha 1) obsahuje uzavřené i otevřené otázky.

Dotazníkové šetření probíhalo v období ledna až května 2011 v Klubu seniorů v Libčicích nad Vltavou, v Klubu seniorů v Centru komunitních služeb v Říčanech u Prahy, v Klubu seniorů při Centru sociálních služeb v Běchovicích, na cvičebních hodinách pro seniory v Sokole Královské Vinohrady a Podolí a také na aktivizačních kurzech v Klubu seniorů v Oblastních spolcích Prahy 1 Hellichova a Prahy 2 Kloubkova, při Českém červeném kříži. Tato zařízení byla zvolena pro svoji rozmanitost s ohledem k psychickým a fyzickým aktivitám.

Otevřené kluby seniorů Českého červeného kříže nabízejí cvičení paměti pomocí různých technik. Program je sestavován s cílem trénovat myšlení a přinášet nové podněty. Je rozšířený o vhodné fyzické cvičení, zpěv, ruční práce, výtvarnou činnost, eventuelně i s možnostmi procházek a návštěv pražských pamětihodností, výstav či menších výletů. Součástí je posilování soběstačnosti a snaha o co nejdelší uchování duševní svěžesti seniorů. Klub je otevřený všem zájemcům jedenkrát týdně každé úterý a není omezen jen pro občany z Prahy 1 a 2. (Oblastní spolek Českého červeného kříže Praha 1, 2011)

Centrum komunitních služeb města Říčany zajišťuje služby Klubu Senior, který je dobrovolným sdružením občanů města bez právní subjektivity a působí v Říčanech již od roku 2007. Senioři se zúčastňují pravidelných akcí každý týden, cvičí na židlích, navštěvují zdravotní cvičení pro diabetiky a zdravotní cvičení jógy. Program je doplňován posezením u kávy a čaje. Pravidelné aktivity se střídají s tematickými setkáními jako například „nad Bibli bez nudy“, „výlety na zámky a hrady ČR“, „hudební hodinka“ nebo „přednášky o historii“. (Centrum komunitních služeb města Říčany, 2011)

Klub seniorů v Běchovicích má dlouholetou tradici. Senioři se v něm scházejí každých 14 dní na příjemném posezení letitých přátel při občerstvení. Mimo těchto schůzek členky a členové rádi cestují po České republice, kde navštěvují hrady, zámky a jiné kulturní památky. Vedení Centra sociálních služeb v Běchovicích se snaží aktivně zapojovat starší osoby do společenského dění města. Týdně je v programu trénink paměti a cvičení pod vedením zkušené ergoterapeutky. V pravidelných cyklech jsou připravovány přednášky a kulturní akce. Je zde možno využít vyhrazený prostor fyzické aktivitě - jízda na rotopedu, cvičení na ribstoli. (Centrum sociálních služeb Běchovice, 2011)

Sokol Královské Vinohrady a Sokol Podolí zaštiťují nejrůznější pravidelná setkávání plná pohybu a zábavy. Senioři a seniorky si mohou vybrat různá odvětví sokolských cvičení. V nabídce je například posilování s hudbou, taneční kroužek, kondiční cvičení, zdravotní cvičení a cvičení "věrné gardy" s náčiním a na nářadí. Vše je zaměřené na vyšší věkovou kategorii. Zdravotní cvičení v první řadě směřuje k posílení ochablých a protažení zkrácených svalů, rozhýbání "zatuhlých" kloubů, zbavuje špatných stereotypních návyků - např. špatného sezení a chůze. Napomáhá k umění relaxovat a uvědomovat si sebe sama. V nemalé míře posiluje i psychiku, protože se senioři jednu hodinu věnují plně jenom sobě. Cvičení jsou vhodná pro širokou veřejnost a nejsou ohraničená věkem. Senioři, kteří pravidelně cvičí v Sokole, se zároveň aktivně zúčastňují všech sokolských akcí, podílejí se na vedení oddílů žáků a dorostenců a asistují při oslavách a výročích. Mezi respondenty dotazníkového šetření ze Sokola jsou nejen cvičenci, ale i vedoucí oddílů. Jednou za měsíc se členové a členky scházejí v klubovně na posezení při malém občerstvení. (Tělocvičná jednota Sokol Praha – Královské Vinohrady a Tělocvičná jednota Sokol Praha – Podolí 2011)

Klub seniorů Libčice nad Vltavou zaměřuje svůj program nejvíce na přednáškovou činnost. Účastníci klubu pravidelně besedují s libčickým starostou o aktuálním dění ve městě. Oblíbená jsou tematická setkávání seniorů v období vánočních a velikonočních svátků. Hlavním cílem vedení klubu je nabídnout seniorům příjemná a hodnotná společenská setkávání každý týden.

Dotazníky byly zpracovány pomocí statistických metod. Minimální věk 60 let byl zvolen vzhledem k věkovým kategoriím dle WHO (Holmerová, a kol., 2003), viz také kapitola 1.1. Vyplňování dotazníků jsem většinou osobně koordinovala pro zvýšení motivace seniorů. Se všemi respondenty jsem nejprve navázala úvodní rozhovor, až poté následovalo vyplňování dotazníků. Dotazníky byly vyplněny respondenty na místě, nikdo nepožádal o možnost vyplňovat doma. Průměrná doba zodpovězení otázek trvala 10 minut.

Při výzkumném šetření byla použita kvantitativní metoda dotazníkového šetření. V dotazníku (příloha č. 1) byly použity uzavřené, polouzavřené a otevřené otázky. V úvodu dotazník zjišťuje demografické údaje o respondentech. Navazuje soubor dvanácti otázek, které jsou zaměřené na trávení volného času - otázky č. 1, 2, 3, 4, 5 a 7, pohybové aktivity - otázky č. 8 a 9, zdraví - otázky č. 10 a 11 a životní hodnoty - otázky č. 6 a 12. Na závěr jsem připojila prostor pro připomínky a návrhy. K dotazníku, který jsem sestavila pro účely této práce, jsem připojila standardizovaný dotazník Škála deprese pro geriatrické pacienty ve své

nejpoužívanější verzi GDS-15, který zkoumá míru depresivity u seniorů. (Tošnerová, Zadák, 1999, in Holmerová, 2007)

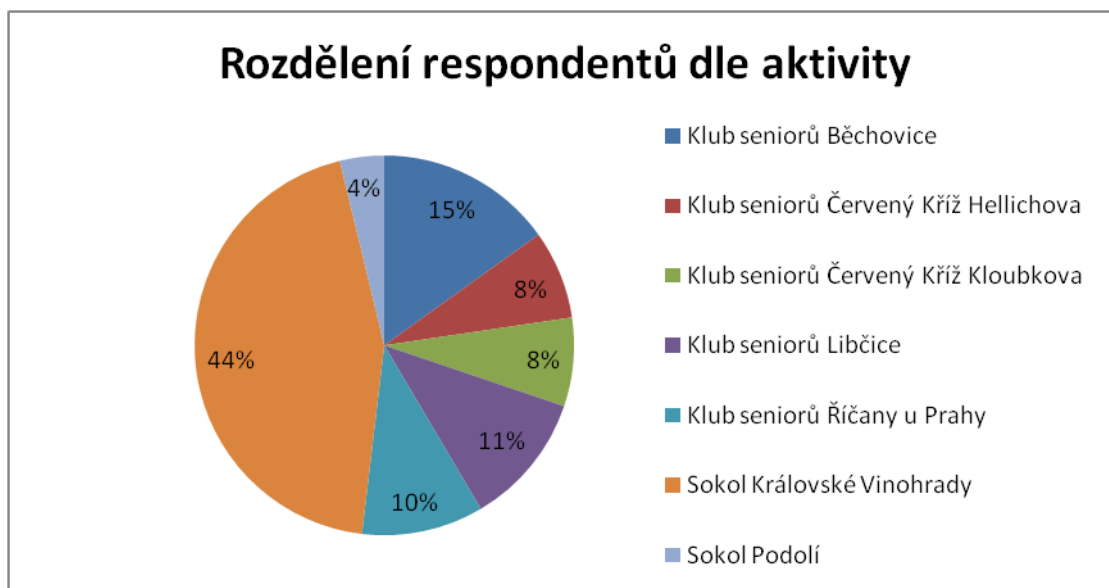
## 5.4 Soubor

Oslovila jsem 128 osob starších 60 let v Praze a v okolí Prahy. Z rozdaných dotazníků se vrátilo 112 vyplněných, 6 bylo při zpracování vyřazeno pro nekvalitní data. Do statistického zpracování bylo zařazeno 106 dotazníků. Většina respondentů dotazník ochotně vyplnila. Pouze 16 seniorů ze Sokola Podolí se odmítlo bez udání důvodu dotazníkového šetření zúčastnit. Dotazníků zde bylo rozdáno celkem 20. Pouze čtyři cvičenky řádně vyplněné dotazníky odevzdaly. Tento negativní přístup k vyplňování ovlivnila vedoucí cvičitelka. Ačkoli splňovala požadovaný věk 60-ti let, dotazníkového šetření se zúčastnit nechtěla a žádný důvod neuvedla. Její rozhodnutí následovalo celkem 15 dalších seniorek, které také odevzdaly své dotazníky nevyplněné.

Následující tabulka č. 2 a graf č. 1 znázorňují rozložení počtů osob podle oblastí, ze kterých byly dotazníky sebrány. Nejvíce dotazníků odevzdali cvičenci (47 osob) Sokola Královské Vinohrady. Nejméně dotazníků odevzdaly seniorky ze Sokola Podolí (4 osoby).

**Tabulka 2: Rozdělení respondentů dle aktivity**

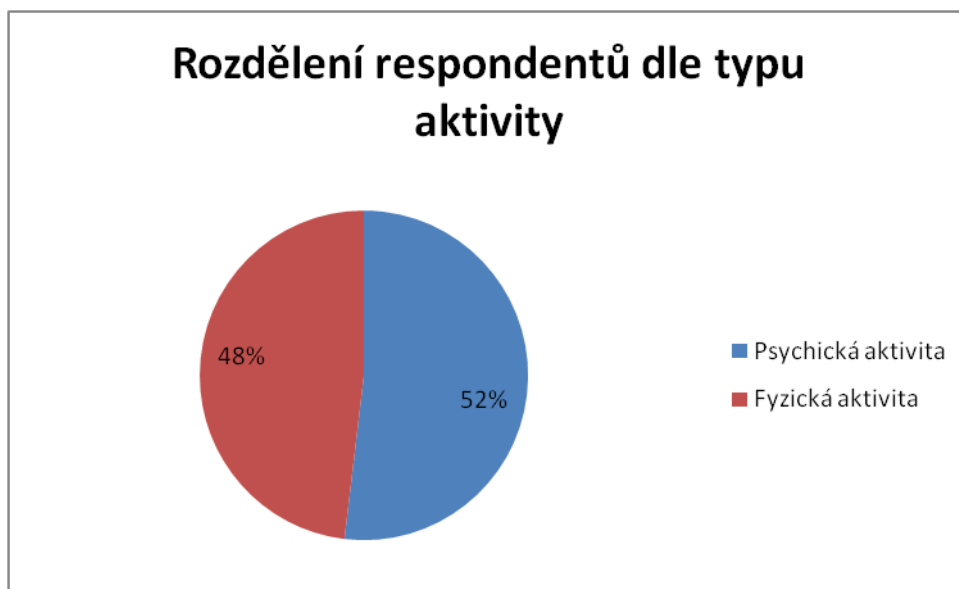
<b>Rozdělení respondentů dle aktivity</b>		
Aktivita	Počet osob	%
Klub seniorů Běchovice	16	15%
Klub seniorů Červený Kříž Hellichova	8	8%
Klub seniorů Červený Kříž Kloubkova	8	8%
Klub seniorů Libčice nad Vltavou	12	11%
Klub seniorů Říčany u Prahy	11	10%
Sokol Královské Vinohrady	47	44%
Sokol Podolí	4	4%
Celkem	106	100%



**Graf 1: Rozdělení respondentů dle aktivity**

**Tabulka 3: Rozdělení respondentů dle typu aktivity**

Rozdělení respondentů dle typu aktivity		
Typ aktivity	Počet osob	%
Psychická aktivita	55	52%
Fyzická aktivita	51	48%
Celkem	106	100%



**Graf 2: Rozdělení respondentů dle typu aktivity**

Dotazníky lze rozdělit na dvě téměř stejné poloviny (tabulka č. 3). První (52 %) je tvořena dotazníky, které vyplnili respondenti navštěvující kluby seniorů. Druhá polovina (tj.

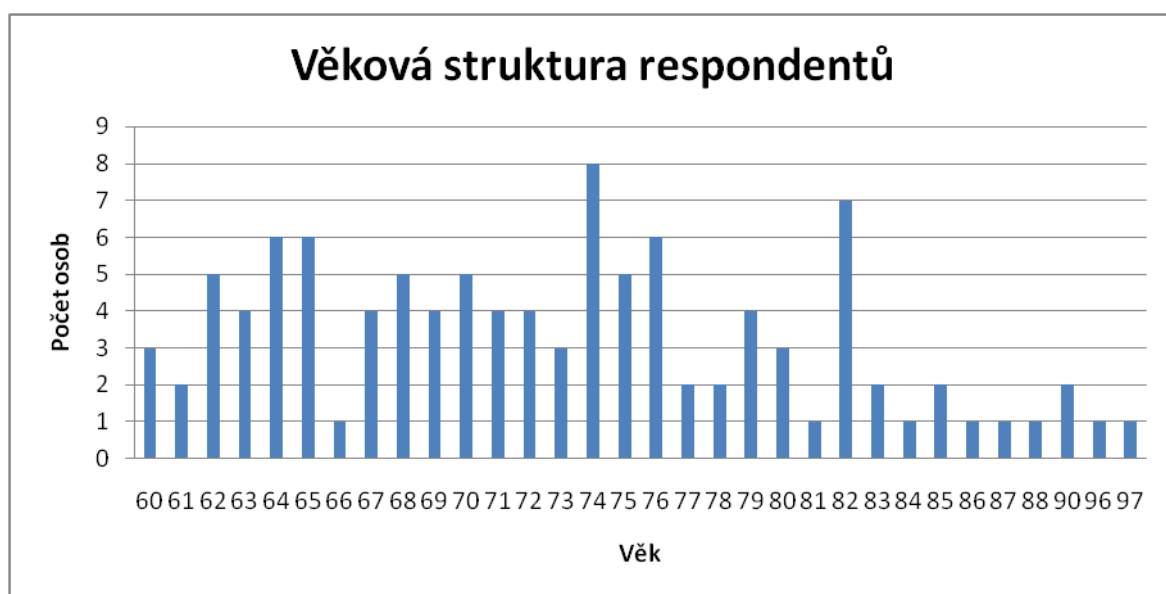
48 %) dotázaných respondentů chodí pravidelně cvičit do Sokola. Graf č. 2 znázorňuje můj záměr srovnat psychicky aktivní seniory s fyzicky aktivními.

## 5.5 Demografické charakteristiky

Z celkového počtu 106 respondentů celých 60 % spadá do věkové kategorie raného stáří (60 - 74 let). Ve věkové kategorii 75 - 89 let (vlastní stáří) bylo 36 % seniorů. 4 % seniorů, zástupci dlouhověkých, byli ve věku 90 a více let. Věkovou strukturu respondentů zachycuje tabulka č. 4. Nejmladšímu účastníkovi dotazníkového šetření bylo 60 let, nejstaršímu 96 let. Věková struktura respondentů je zachycena na grafu č. 3.

**Tabulka 4: Věková struktura respondentů**

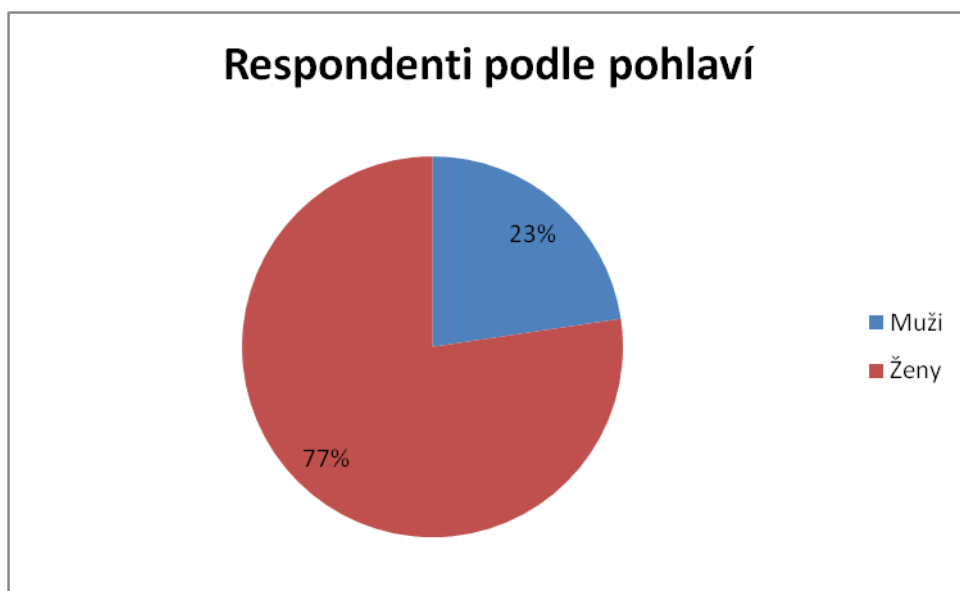
<b>Věková struktura respondentů</b>		
Věk	Počet osob	%
60 - 74	64	60%
75 - 89	38	36%
90 a více	4	4%
Celkem	106	100%



**Graf 3: Věková struktura respondentů**

**Tabulka 5: Respondenti podle pohlaví**

Respondenti podle pohlaví		
Pohlaví	Počet osob	%
Muži	24	23%
Ženy	82	77%
Celkem	106	100%



**Graf 4: Respondenti podle pohlaví**

Dotazníkového šetření se zúčastnilo celkem 82 žen (tj. 77 %) z celkového počtu 106. Mužů se zúčastnilo 24 (tj. 23 %).

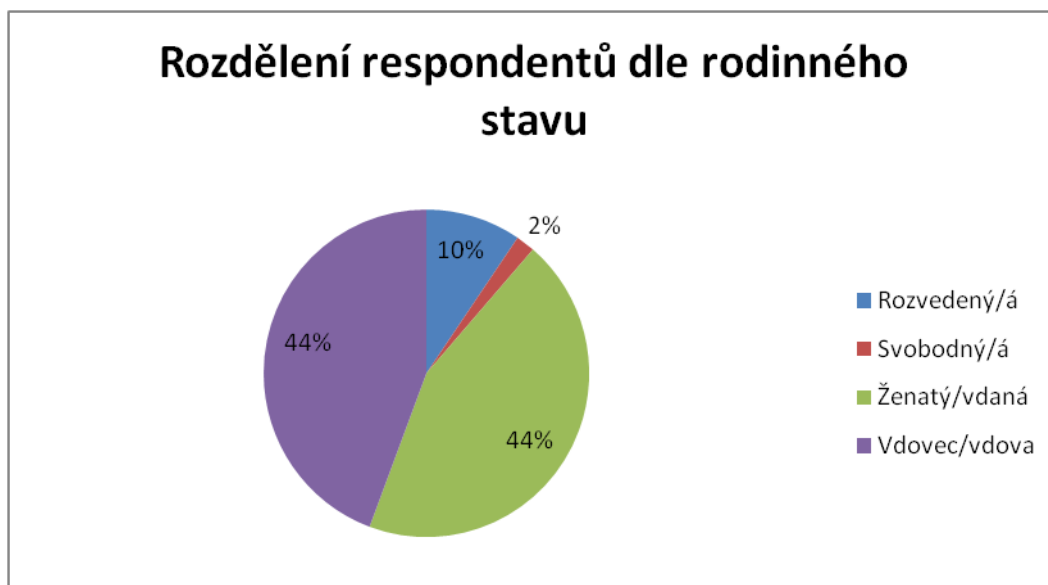
Tříčtvrtinové zastoupení žen (tabulka č. 5 a graf č. 4) mezi respondenty přisuzují jevu, kdy seniorky obecně častěji navštěvují společenské aktivity, věnují se skupinové zájmové činnosti a více vyhledávají setkávání se svými vrstevníky. Z rozhovorů s respondenty při dotazníkovém šetření vyplynulo, že většina mužů do Klubů seniorů či oddílu Sokola docházejí společně se svojí manželkou či partnerkou. Dalším důvodem je fakt, že u mužů je od určitého věku vyšší úmrtnost.

Z celé skupiny seniorů uvedlo 44 % (tj. 47 mužů a žen) rodinný stav ženatý nebo vdaná a 44 % (tj. 47 mužů a žen), že jsou vdovci nebo vdovy. 10 % respondentů uvedlo, že jsou rozvedení. Pouze dvakrát se objevila odpověď svobodný/svobodná. Rozdělení podle rodinného stavu shrnuje tabulka č. 6 a graf č. 5.



**Tabulka 6: Rozdělení respondentů dle rodinného stavu**

Rozdělení respondentů dle rodinného stavu		
Rodinný stav	Počet osob	%
Rozvedený/á	10	10%
Svobodný/á	2	2%
Ženatý/vdaná	47	44%
Vdovec/vdova	47	44%
Celkem	106	100%

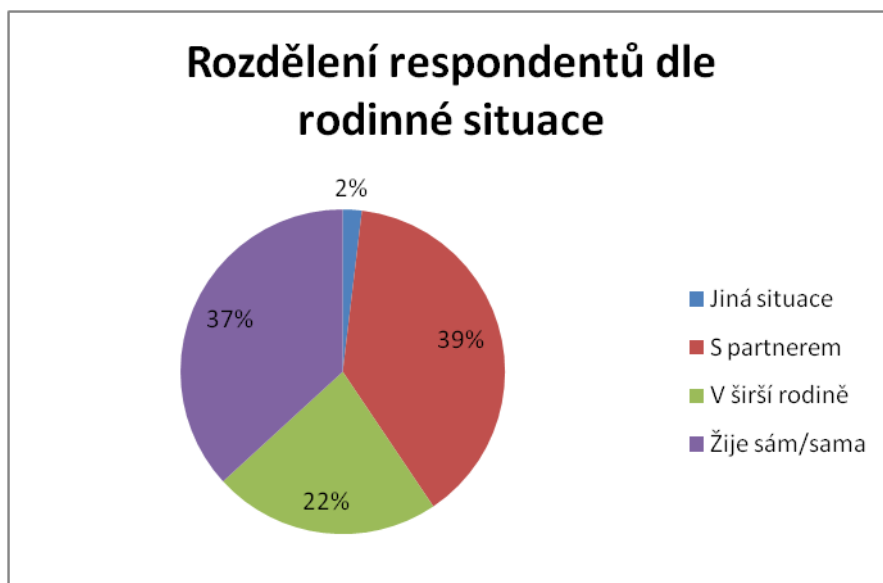


**Graf 5: Rozdělení respondentů dle rodinného stavu**

V tabulce č. 7 je zachyceno rozdělení respondentů podle rodinné situace. Více než třetina dotázaných uvedla, že je žijí sami. V širší rodině žije 22 % seniorů. Nejvíce seniorů (39 %) žije s partnerem. Dva dotazovaní uvedli odpověď "jiná situace". Jedenkrát se jednalo o soužití s vnukem a v druhém případě senior bydlí v domě s pečovatelskou službou. Graf č. 6 přehledně znázorňuje rozložení mezi tři varianty - senior žije s partnerem, žije v širší rodině a žije sám.

**Tabulka 7: Rozdělení respondentů dle rodinné situace**

Rozdělení respondentů dle rodinné situace		
Rodinná situace	Počet osob	%
Jiná situace	2	2%
S partnerem	41	39%
V širší rodině	24	23%
Žije sám/sama	39	37%
Celkem	106	100%



**Graf 6: Rozdělení respondentů dle rodinné situace**

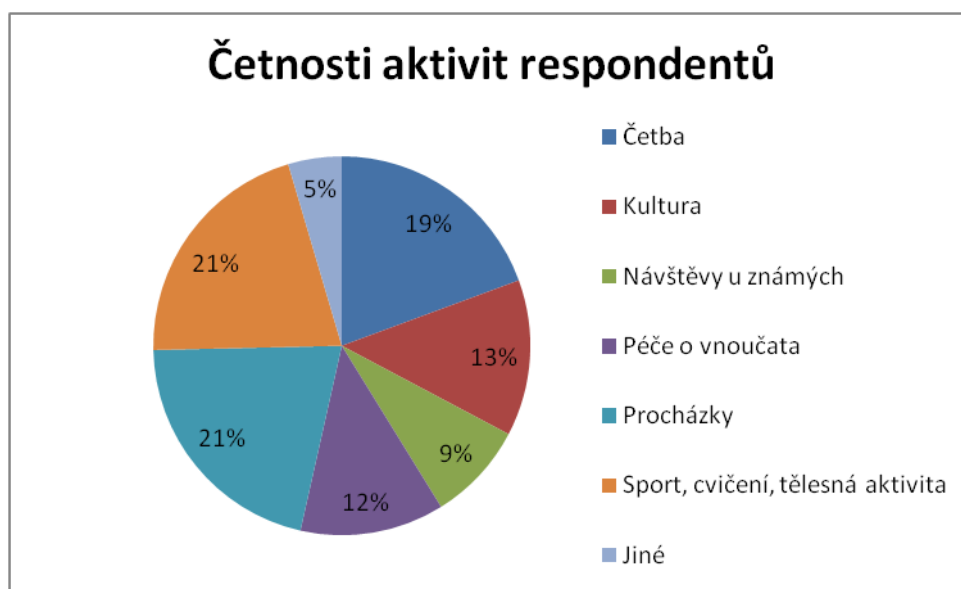
## 5.6 Výsledky dotazníkového šetření

### **Otázka č. 1 - Věnujete svůj čas nějaké aktivitě? (Možnost zaškrtnout maximálně tři aktivity)**

Tabulka (tabulka č. 8) i grafické znázornění (graf č. 7) ukazují četnost zaškrtnutí nabízených možností, jak senioři tráví svůj čas. Byla dána možnost zaškrtnout maximálně tři aktivity z nabízených variant. Nejčastěji senioři volili možnost za "a" - procházky, což znamená 21 % všech zaškrtnutých možností. Na druhém místě skončil sport, cvičení a tělesná aktivita. Tuto možnost uvedlo také 21 % dotázaných. Nejméně označení senioři přidělili variantě "návštěvy u známých" (8 %). 5 % respondentů využilo také možnosti uvést jinou aktivitu, které věnují svůj volný čas. Nejčastěji se objevila aktivita "práce na zahradě" (uvedlo 5 seniorů) a "luštění křížovek" (připsali 2 senioři). Jeden ze seniorů uvedl, že stále pracuje v zaměstnání, další, že pečuje o svého domácího mazlíčka. Jeden respondent navštěvuje pravidelně přednášky U3V. Jedenkrát bylo v dotazníku uvedeno, že senior dochází dvakrát týdně na kurz italštiny. Další z respondentů napsal do varianty "jiné", že se věnuje přednáškové činnosti. Jedenkrát bylo v dotazníkovém šetření uvedeno, že senior čte pravidelně denně několik titulů novin.

**Tabulka 8: Četnosti aktivit respondentů**

Četnosti aktivit respondentů		
Aktivita	Počet označení	%
Četba	55	19%
Kultura	38	13%
Návštěvy u známých	24	8%
Péče o vnoučata	35	12%
Procházky	60	21%
Sport, cvičení, tělesná aktivita	59	21%
Jiné	13	5%
Celkem	284	100%



**Graf 7: Četnosti aktivit respondentů**

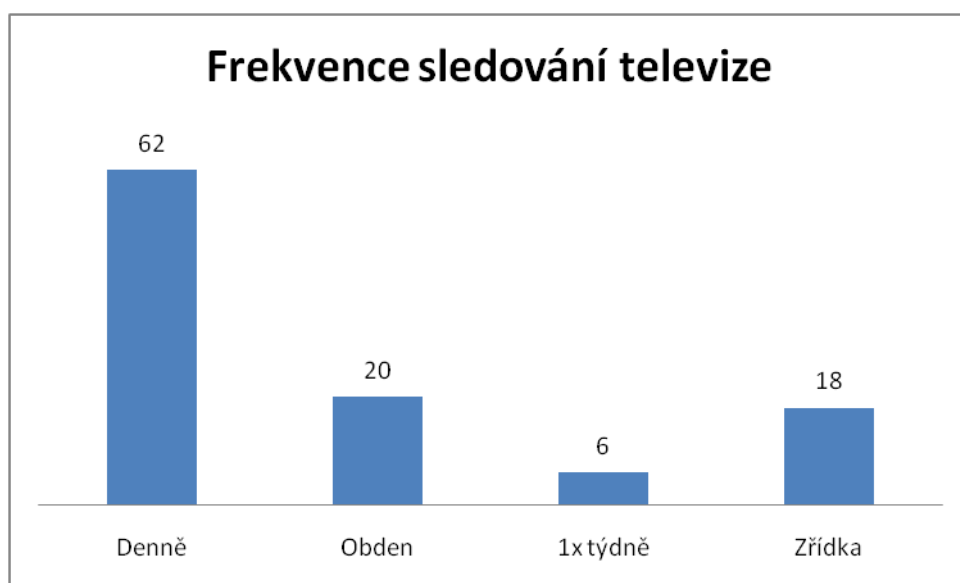
Z grafického rozložení vyplývá, že trávení času u seniorů je různorodé. Je potěšující, že pohyb - fyzická aktivita formou procházek, sportu, cvičení a tělesné aktivity byl uveden 119krát z celkového počtu 284 označení (tabulka č. 8).

V pěti případech se stalo, že senior označil více než tři možnosti nabízených aktivit. Jiní senioři naopak uvedli pouze jednu nebo dvě varianty.

## Otázka č. 2 - Jak často sledujete televizi?

Tabulka 9: Frekvence sledování televize

Frekvence sledování televize		
Frekvence sledování	počet osob	%
Denně	62	58%
Obden	20	19%
1x týdně	6	6%
Zřídka	18	17%
Celkem	106	100%



Graf 8: Frekvence sledování televize

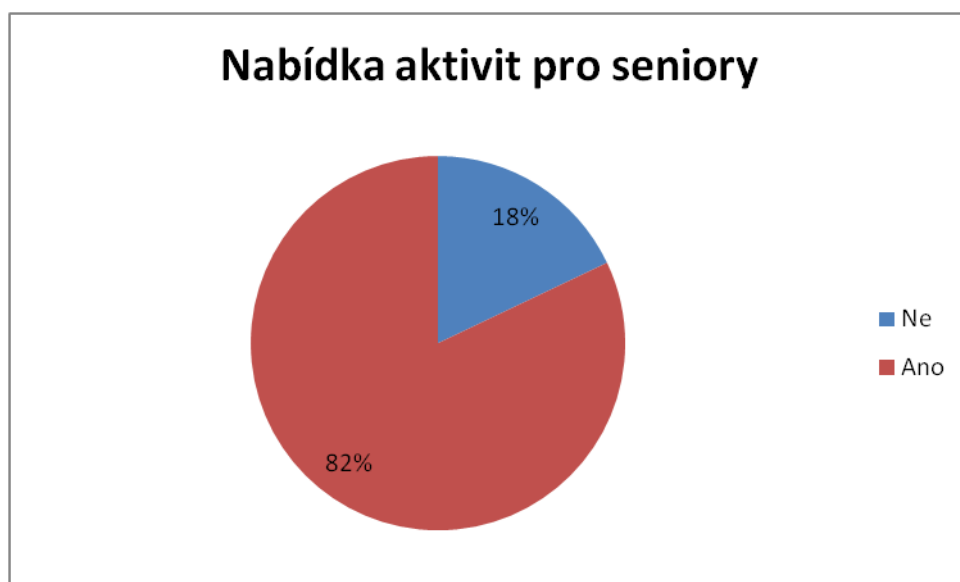
Druhá otázka v dotazníku zněla: "Jak často sledujete televizi?". Celkem 58 % respondentů uvedlo, že televizi sledují denně. Dvanáct seniorů ze 62 připsalo k této odpovědi poznámku "sleduji denně, ale jen zprávy". Původním záměrem šetření nebylo zjistit skladbu sledovaných programů, ale pouze provést průzkum, jak často se senioři na televizi dívají. Zajímavostí při vyhodnocení této otázky je fakt, že necelá pětina seniorů, jak je uvedeno výše, měla potřebu zdůraznit, že v televizi sledují pouze zpravodajské relace, ze kterých čerpají aktuální informace. Zřídka televizi sleduje 17 % dotázaných, obden se dívá na televizi 19 % respondentů. (tabulka č. 9 a graf č. 8)

**Otázka č. 3 - Máte ve svém okolí možnost věnovat se aktivitám určeným seniorům? Ano (Jak často?)/Ne.**

Tabulka č. 10 a graf č. 9 znázorňují vyhodnocení otázky, zda mají respondenti ve svém okolí možnost věnovat se aktivitám určeným pro seniory. Odpověď ano uvedlo 82 % respondentů. 18 % seniorů si myslí, že tuto možnost nemají.

**Tabulka 10: Nabídka aktivit pro seniory**

Nabídka aktivit pro seniory		
Možnost věnovat se aktivitám pro seniory	Počet osob	%
Ne	19	18%
Ano	87	82%
Celkem	106	100%

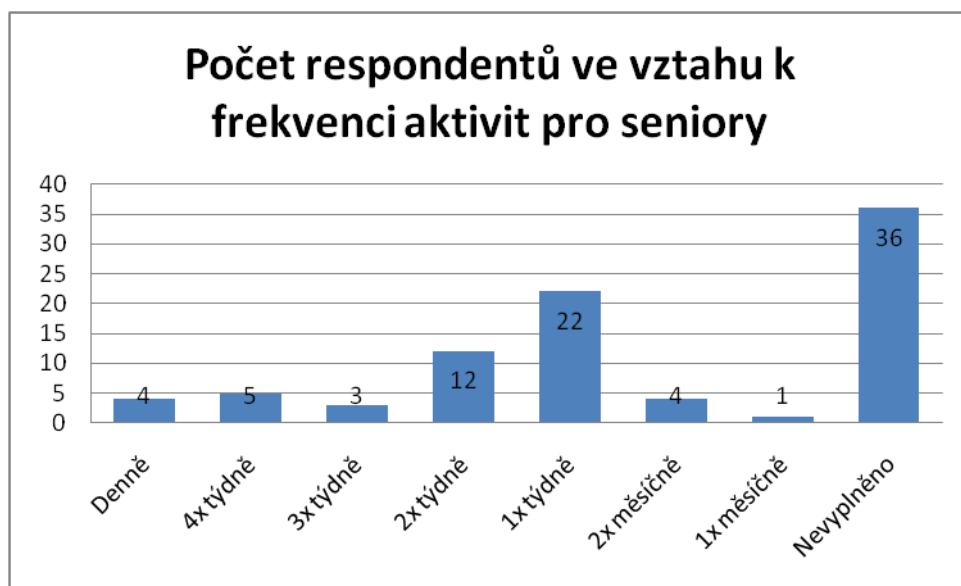


**Graf 9: Nabídka aktivit pro seniory**

Z celkového počtu 87 respondentů, kteří mají možnost věnovat se seniorským aktivitám, pouze 36 seniorů doplnilo podotázku "jak často" (tabulka č. 11 a graf č. 10). 22 respondentů se věnuje seniorským aktivitám 1x týdně a 12 respondentů uvedlo 2x týdně. Pouze 1x měsíčně se věnuje seniorským aktivitám jeden respondent.

**Tabulka 11: Počet respondentů ve vztahu k frekvenci aktivit pro seniory**

<b>Počet respondentů ve vztahu k frekvenci aktivit pro seniory</b>		
Jak často se respondenti věnují aktivitám pro seniory	Počet osob	%
Denně	4	5%
4x týdně	5	6%
3x týdně	3	3%
2x týdně	12	14%
1x týdně	22	25%
2x měsíčně	4	5%
1x měsíčně	1	1%
Nevyplněno	36	41%
Celkem	87	100%



**Graf 10: Počet respondentů ve vztahu k frekvenci aktivit pro seniory**

#### Otázka č. 4 - Setkáváte se svými vrstevníky? Ano (Jak často?)/Ne.

94 % respondentů uvedlo, že se setkává se svými vrstevníky (tabulka č. 12 a graf č. 11). Pouze 6 % osob se s vrstevníky nestýká.

Tabulka 12: Setkávání s vrstevníky

Setkávání s vrstevníky		
Možnost setkávání s vrstevníky	Počet osob	%
Ne	6	6%
Ano	100	94%
Celkem	106	100%

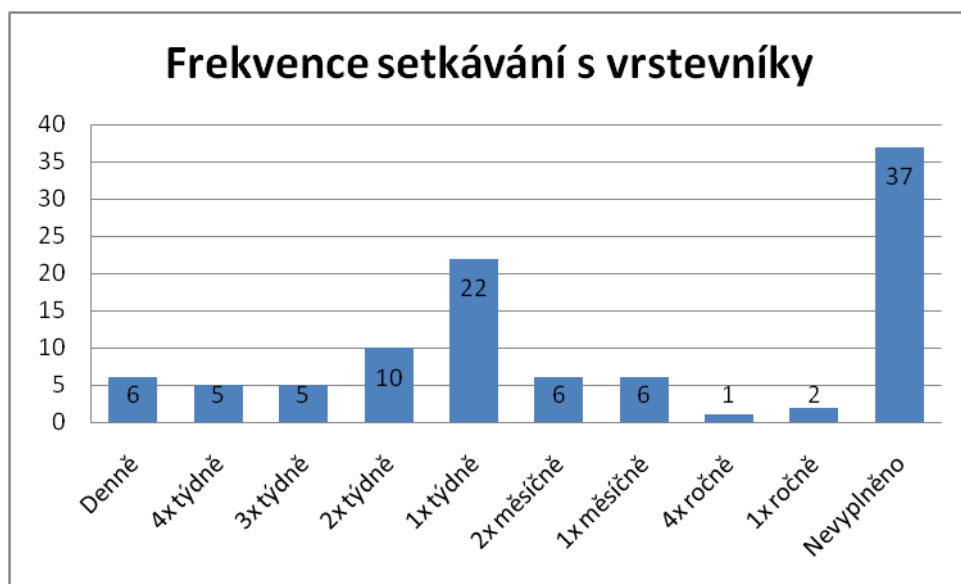


Graf 11: Setkávání s vrstevníky

Následující tabulka č. 13 a graf č. 12 znázorňují, jak často se respondenti setkávají se svými vrstevníky. 37 respondentů ze 100, kteří se setkávají se svými vrstevníky dále neodpověděli. Nejčastěji se s vrstevníky setkává 6 respondentů, a to denně. Nejvíce seniorů (22 respondentů) se setkává s vrstevníky 1x týdně. Dva respondenti uvedli, že se setkávají pouze 1x ročně.

**Tabulka 13: Frekvence setkávání s vrstevníky**

<b>Frekvence setkávání s vrstevníky</b>		
Jak často se respondenti setkávají se svými vrstevníky	Počet osob	%
Denně	6	6%
4x týdně	5	5%
3x týdně	5	5%
2x týdně	10	10%
1x týdně	22	22%
2x měsíčně	6	6%
1x měsíčně	6	6%
4x ročně	1	1%
1x ročně	2	2%
Nevyplněno	37	37%
Celkem	100	100%



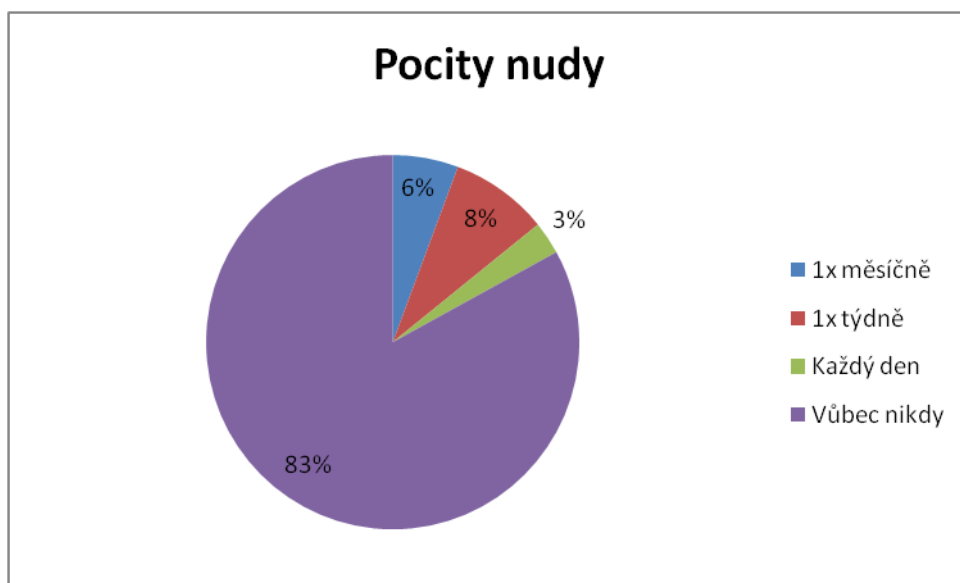
**Graf 12: Frekvence setkávání s vrstevníky**



## Otázka č. 5 - Jak často se Vám stane, že se nudíte?

Tabulka 14: Pocity nudy

Pocity nudy		
Jak často se respondenti nudí	Počet osob	%
1x měsíčně	6	6%
1x týdně	9	8%
Každý den	3	3%
Vůbec nikdy	88	83%
Celkem	106	100%



Graf 13: Pocity nudy

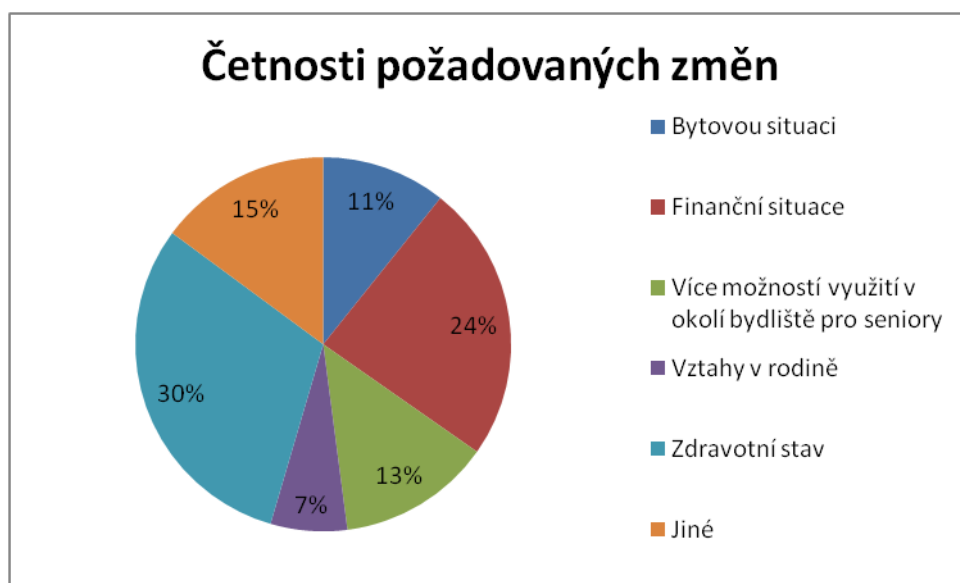
Uvedená tabulka č. 14 a graf č. 13 shrnují odpovědi na otázku ohledně "pocitů nudy" u seniorů. Z šetření vyplynulo, že sledovaní senioři se v 83 % nenudí vůbec nikdy. Jen 3 % (tj. 3 osoby) se nudí každý den. Graf přesvědčivě zobrazuje, že podstatná část respondentů vůbec nikdy nepocituje nudu.

## Otázka č. 6 - Co byste ve svém životě změnili?

Následující graf č. 14 a tabulka č. 15 se týkají požadovaných změn v životě seniorů. U otázky byla dána možnost zvolení více variant. Většina dotazovaných zaškrtnula jednu možnost, někteří vybrali odpovědi více. Nejvíce označení (30 %) respondenti přiřadili kolonce "zdravotní stav". Nejméně změn by senioři provedli v rodinných vztazích a ve své bytové situaci. 15 % zaškrtnutí bylo přiřazeno kolonce "jiné požadované změny". V poznámce dotazovaní uvedli například tyto: zdravotní stav dětí, výuka jazyků v mládí, politická situace, obezita a několikrát přání mladšího věku. Celkem jedenáct osob jako odpověď na tuto otázku uvedlo, že by ve svém životě neměnili nic.

Tabulka 15: Četnost požadovaných změn

Četnost požadovaných změn		
Změna v životě	Počet označení	%
Bytovou situaci	13	11%
Finanční situace	29	24%
Více možností využití v okolí bydliště pro seniory	16	13%
Vztahy v rodině	8	7%
Zdravotní stav	37	30%
Jiné	18	15%
Celkem	121	100%



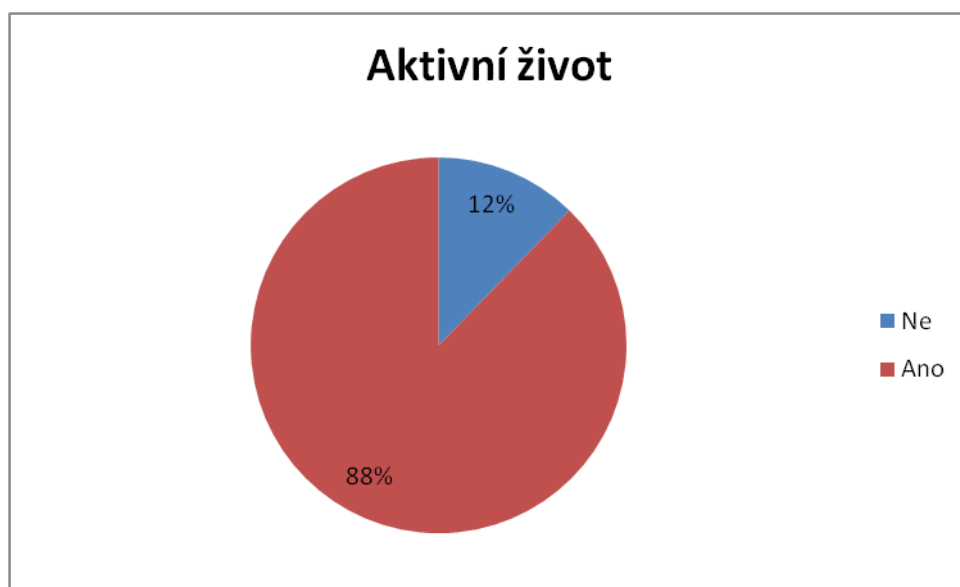
Graf 14: Četnost požadovaných změn

### Otázka č. 7 - Myslíte si, že svůj život žijete aktivně?

U této otázky z grafického znázornění (graf č. 15) vyplývá, že 88 % respondentů si myslí, že svůj život žijí aktivně. Pouze 12 % seniorů si nemyslí o svém životě, že je aktivní. Všichni dotazovaní se zabývají nějakou seniorskou aktivitou. Domněnka většiny z nich (88 %), že žijí aktivní život, je správná. (tabulka č. 16)

Tabulka 16: Aktivní život

Aktivní život		
Aktivní život	Počet osob	%
Ne	13	12%
Ano	93	88%
Celkem	106	100%

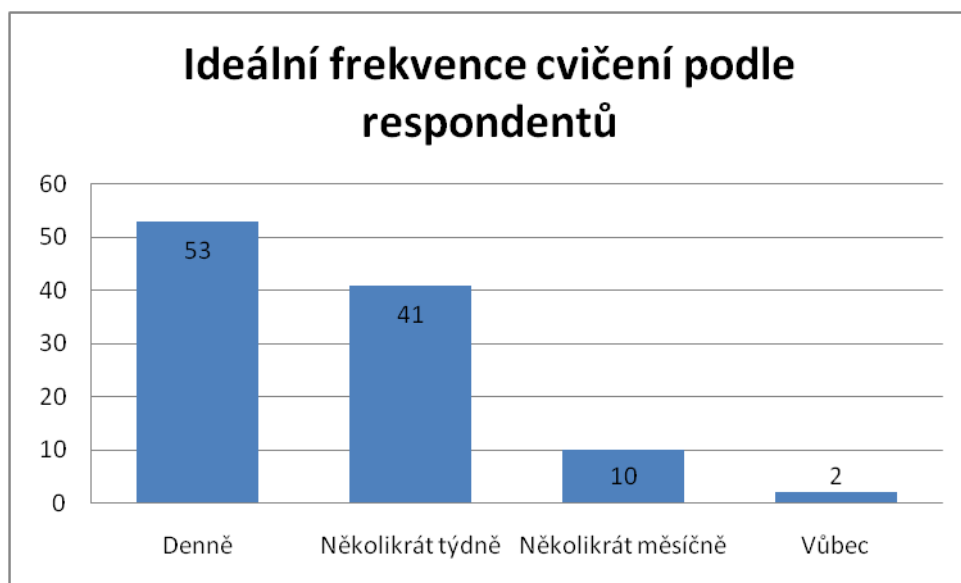


Graf 15: Aktivní život

## Otázka č. 8 - Jak často by měl člověk ve Vašem věku cvičit?

Tabulka 17: Ideální frekvence cvičení podle respondentů

Ideální frekvence cvičení podle respondentů		
Frekvence cvičení	Počet osob	%
Denně	53	50%
Několikrát týdně	41	39%
Několikrát měsíčně	10	9%
Vůbec	2	2%
Celkem	106	100%



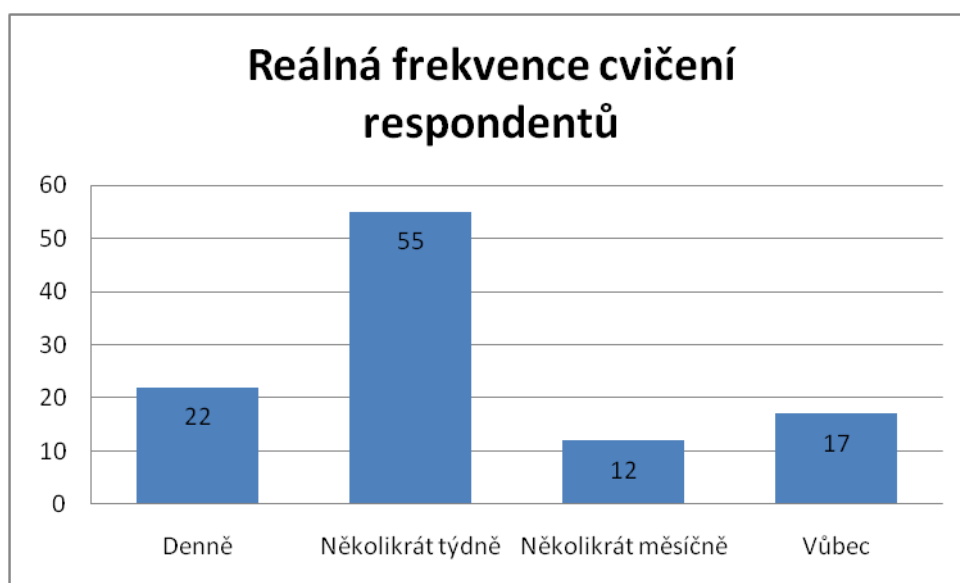
Graf 16: Ideální frekvence cvičení podle respondentů

Na otázku č. 8 odpovědělo všech 106 respondentů. Podle 53 seniorů by měl člověk v jejich věku cvičit denně. Překvapivé je, že dva senioři si myslí, že v jejich věku by se nemělo cvičit vůbec (tabulka č. 17 a graf č. 16).

## Otázka č. 9 - Jak často cvičíte Vy?

Tabulka 18: Reálná frekvence cvičení respondentů

Reálná frekvence cvičení respondentů		
Frekvence cvičení	Počet osob	%
Denně	22	21%
Několikrát týdně	55	52%
Několikrát měsíčně	12	11%
Vůbec	17	16%
Celkem	106	100%



Graf 17: Reálná frekvence cvičení respondentů

Nejčastější odpovědí na otázku č. 9 bylo, že respondenti cvičí několikrát týdně (tj. 52 %). 11 % seniorů uvedlo, že necvičí vůbec. Je potěšující, že necelé tři čtvrtiny všech respondentů uvedly, že cvičí denně nebo několikrát týdně. (tabulka č. 18 a graf č. 17)

Nabízí se srovnání otázky č. 8 a č. 9. 50 % respondentů považuje za ideální frekvenci cvičení "denně" (tabulka č. 17 a graf č. 16). Přesto v odpovědi na otázku o reálné frekvenci cvičení uvedlo jen 21 % dotázaných, že denně cvičí (tabulka č. 18 a graf č. 17). Ačkoli jen 2 % seniorů uvedla, že člověk v jejich věku nemá cvičit vůbec (tabulka č. 17 a graf č. 16), ve skutečnosti podle odpovědí vůbec necvičí 16 % osob (tabulka č. 18 a graf č. 17). Z tohoto srovnání vyplývá, že senioři si uvědomují vhodnost denního cvičení, ale v reálu tuto frekvenci nedodržují.

### Otázka č. 10 - Cítíte se zdrav?

Tabulka 19: Subjektivní pocit zdraví

Subjektivní pocit zdraví		
Pocit zdraví	Počet osob	%
Ne	35	33%
Ano	71	67%
Celkem	106	100%



Graf 18: Subjektivní pocit zdraví

Další otázka dotazníku zkoumala subjektivní pocit zdraví. 67 % dotázaných respondentů uvedlo, že se cítí zdrav. 33 % se naopak zdraví necítí. (tabulka č. 19 a graf č. 18)

### Otázka č. 11 - Myslíte si, že Vás Vaše zdravotní problémy omezují v aktivitách?

Následující tabulka a graf obsahují data z vyhodnocené otázky č. 11. 58 seniorů si myslí, že jejich zdravotní problémy je omezují v aktivitách. 48 seniorů uvádí, že jejich zdraví je v aktivitách neomezuje (tabulka č. 20 a graf č. 19). Poměr mezi odpověďmi Ano/Ne je vyrovnaný.

Tabulka 20: Omezení v aktivitách ve vztahu ke zdraví

Omezení v aktivitách ve vztahu ke zdraví		
Omezení v aktivitách	Počet osob	%
Ne	48	45%
Ano	58	55%
Celkem	106	100%



Graf 19: Omezení v aktivitách ve vztahu ke zdraví

### **Otázka č. 12 - Co je pro Vás v životě nejdůležitější?**

Cílem závěrečné otázky dotazníkového šetření "Co je pro Vás v životě nejdůležitější?" bylo zmapování hodnot seniorů, které považují ve svém životě za hlavní. Na tuto otázku odpověděli všichni dotázaní respondenti. Ze 106 odpovědí se nejčastěji objevilo jako nejdůležitější "zdraví". Zvláštností, která se v dotazníkovém šetření projevila, je rozdíl mezi odpověďmi mužů a žen. Seniorky vyzdvihovaly jako nejdůležitější v životě rodinu a zdraví. Muži uváděli nejčastěji odpovědi vztahující se ke klidnému spaní, duševní a tělesné pohodě, aktivnímu přístupu k životu a klidnému, radostnému a spokojenému stáří.

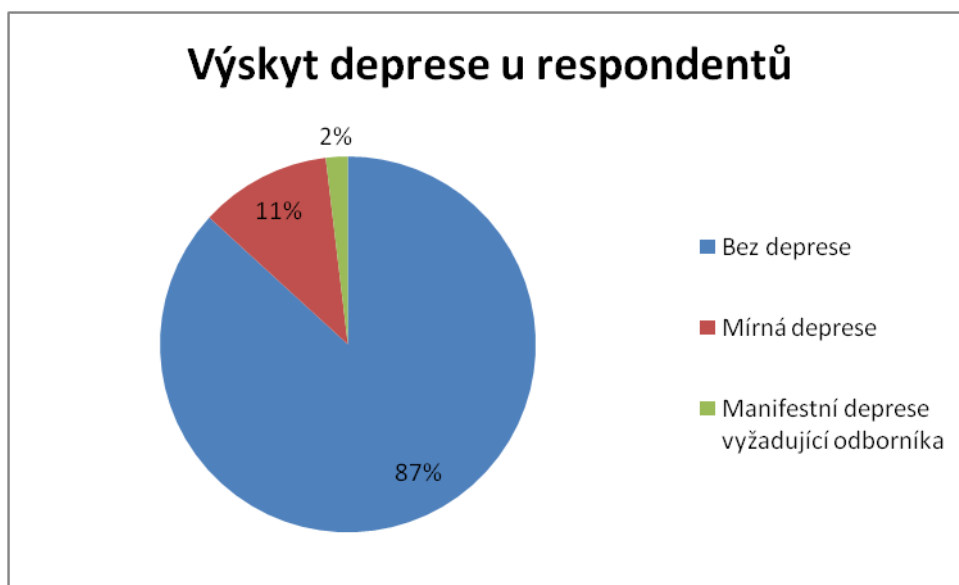
U této otázky byl v dotazníku vymezen prostor pro další připomínky a návrhy. Senioři zde například projevili radost nad tím, že i mladí lidé - studenti se zabývají tématem stáří a životem svých starších spoluobčanů. Projevili několikrát přání, aby vůči seniorům společnost jednala s větším pochopením a tolerancí, aby se nevytrácela úcta ke stáří a trpělivost s generací třetího věku.



## Vyhodnocení GDS-15

Tabulka 21: Výskyt deprese u respondentů

Výskyt deprese u respondentů		
Škála deprese pro geriatrické pacienty	Počet osob	%
Bez deprese	92	87%
Mírná deprese	12	11%
Manifestní deprese vyžadující odborníka	2	2%
Celkem	106	100%



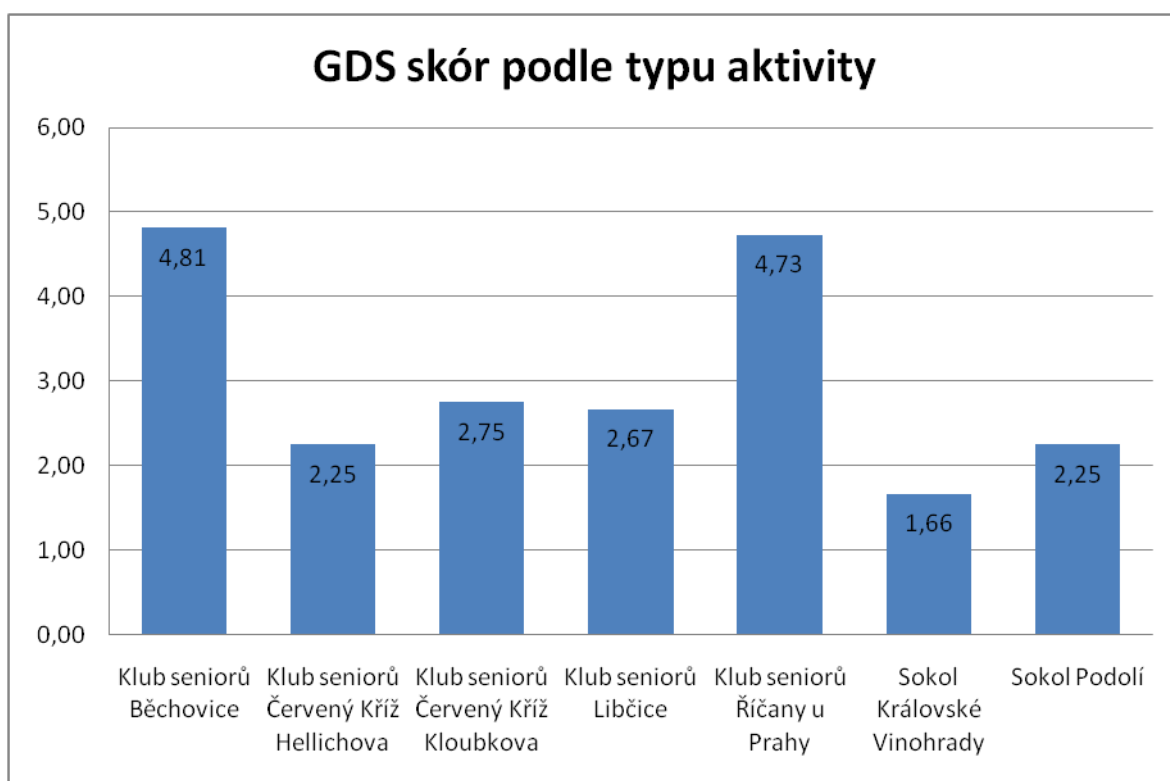
Graf 20: Výskyt deprese u respondentů

Součástí výzkumného šetření byl i dotazník GDS-15, který měří depresivitu u seniorů. Další část vyhodnocení dotazníkového šetření se mu věnuje. Tabulka č. 21 a graf č. 20 zachycují následující hodnocení: u většiny seniorů (87 %) se deprese nevyskytuje. Malou část (11 %) představují ti, kteří trpí mírnou depresí. Jen u 2 % respondentů byla zjištěna manifestní deprese.

Souhrnný GDS skór u celého souboru byl 2,72 bodů (tabulka č. 22).

**Tabulka 22: GDS skór podle typu aktivity**

GDS skór podle typu aktivity		
Aktivita	GDS skór	Počet osob
Klub seniorů Běchovice	4,81	16
Klub seniorů Červený Kříž Hellichova	2,25	8
Klub seniorů Červený Kříž Kloubkova	2,75	8
Klub seniorů Libčice nad Vltavou	2,67	12
Klub seniorů Říčany u Prahy	4,73	11
Sokol Královské Vinohrady	1,66	47
Sokol Podolí	2,25	4
Celkem	2,72	106



**Graf 21: GDS skór podle typu aktivity**

GDS skór podle typu aktivity vypovídá tabulka č. 22 a graf č. 21. Ukazuje se zde, že nejnižší hodnoty jsou přiřazeny cvičencům Sokola Královské Vinohrady. I další nízké hodnoty vykazují senioři Sokola Podolí. Naopak nejvyššího GDS skóru v tomto šetření dosáhly kluby seniorů v pořadí Běchovice a Říčany u Prahy. Z těchto různých hodnot lze usuzovat, že program na zvolené aktivitě (klub seniorů nebo cvičení v Sokole) má vliv na GDS skór.

**Tabulka 23: GDS skór dle typu aktivity - souhrn**

GDS skór dle typu aktivity - souhrn	
Aktivita	GDS skór
Psychická aktivita - kluby seniorů	3,65
Fyzická aktivita - cvičení v Sokole	1,71

Souhrn průměrných hodnot (tabulka č. 23) jednoznačně vykazuje, že 51 cvičenců Sokola má nižší GDS skór než 55 seniorů navštěvujících kluby. Rozdíl je značný, hodnoty dosahují 1,71 bodů u cvičenců Sokola a 3,65 bodů u seniorů z klubů. Tyto výsledky potvrzují, že fyzická aktivita - sport, pohyb a cvičení pozitivně ovlivňují depresivitu seniorů.

## 5.7 Vyhodnocení stanovených hypotéz

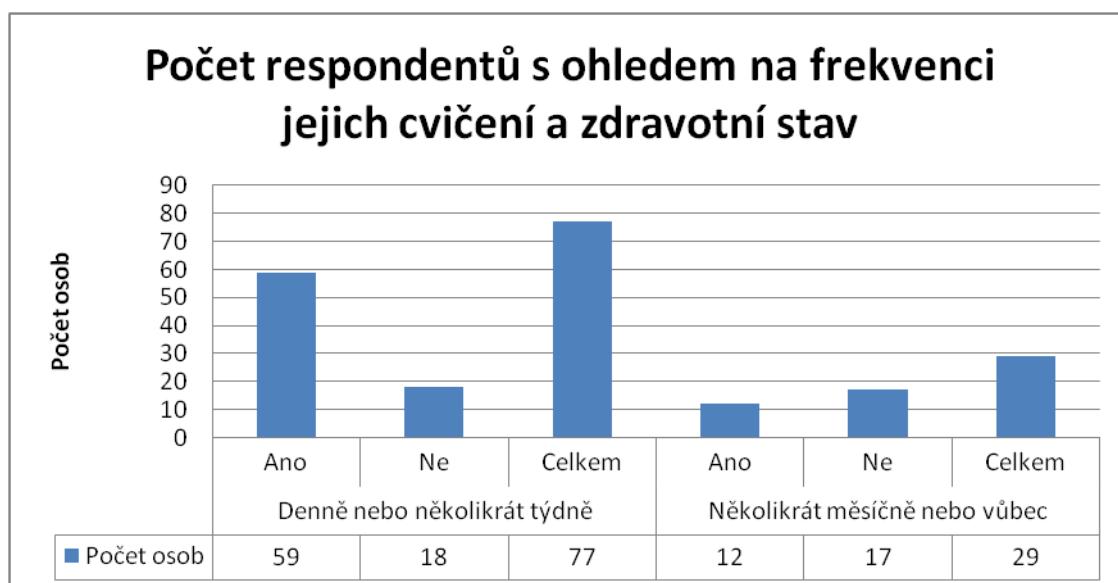
**Hypotéza č. 1 - Předpokládám, že senioři, kteří cvičí denně nebo několikrát týdně, se cítí zdraví.**

Počet respondentů s ohledem na frekvenci jejich cvičení a zdravotní stav je vyhodnocen v tabulce č. 24 a grafu č. 22. Senioři, kteří cvičí denně nebo několikrát týdně v 77 % uvedli, že se cítí zdraví. Pouze 23 % osob ze 77 pravidelně cvičících se necítí zdraví.

První hypotézu považuji za **potvrzenou**.

**Tabulka 24: Počet respondentů s ohledem na frekvenci jejich cvičení a zdravotní stav**

Počet respondentů s ohledem na frekvenci jejich cvičení a zdravotní stav			
Frekvence cvičení	Cítí se zdrav/a	Počet osob	%
Denně nebo několikrát týdně	Ano	59	77%
	Ne	18	23%
	Celkem	77	100%
Několikrát měsíčně nebo vůbec	Ano	12	41%
	Ne	17	59%
	Celkem	29	100%



Graf 22: Počet respondentů s ohledem na frekvenci jejich cvičení a zdravotní stav

#### **Hypotéza č. 2 - Předpokládám, že senioři, kteří jsou aktivní, se nikdy nenudí.**

Všech 106 hodnocených seniorů je aktivních. Minimálně 1x týdně docházejí do klubu seniorů nebo chodí cvičit do Sokola. Z dotazníkového šetření vyplynulo (tabulka č. 14 a graf č. 13), že 83 % respondentů se vůbec nikdy nenudí.

Druhou hypotézu považuji za **potvrzenou**.

#### **Hypotéza č. 3 - Předpokládám, že by senioři ve svém životě nejčastěji změnili svůj zdravotní stav.**

Senioři nejčastěji uvedli, že by změnili svůj zdravotní stav (tabulka č. 15 a graf č. 14). Z celkového počtu 121 označení senioři nejvíce zaškrtnuli v 30 % jako požadovanou změnu zdravotní stav.

Třetí hypotézu považuji za **potvrzenou**.

#### **Hypotéza č. 4 - Předpokládám, že senioři, kteří navštěvují kluby seniorů, mají stejnou míru deprese jako senioři cvičící v Sokole.**

GDS skór u seniorů cvičících v Sokole byl 1,71 a u seniorů z klubů 3,65. GDS skóry obou skupin se liší, rozdíl však není vysoký. Výsledky svědčí o tom, že tito senioři nejsou depresivní. (tabulka č. 23).

Čtvrtou hypotézu považuji za **nepotvrzenou**.

**Hypotéza č. 5 - Předpokládám, že většina seniorů, kteří se věnují nějaké aktivitě, nejsou depresivní.**

87 % aktivních respondentů (tj. 92 osob) bylo vyhodnoceno bez deprese. Výsledek této hypotézy zobrazuje tabulka č. 21 a graf č. 20.

Pátou hypotézu považuji za **potvrzenou**.

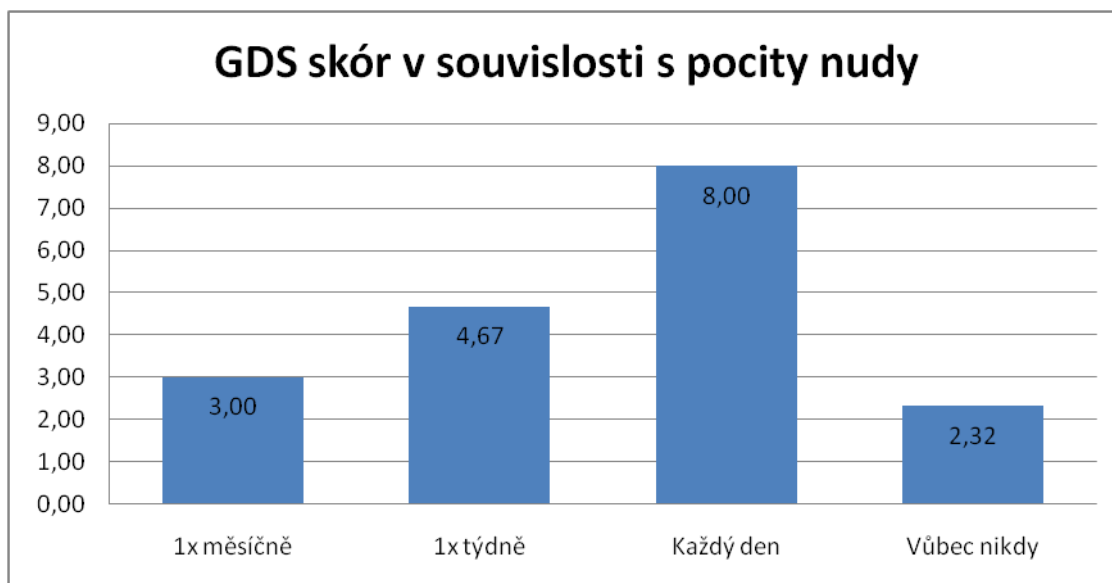
**Hypotéza č. 6 - Předpokládám, že senioři, kteří se nenudí, nejsou depresivní.**

Pro vyhodnocení jsou použity výsledky dvou výše zmíněných šetření ohledně nudy a deprese. Z tabulky č. 25 je zřejmé, že senioři, kteří se vůbec nikdy nenudí, mají nejnížší GDS skóre 2,32 bodů (tj. bez deprese). Ti, kteří se nudí každý den (3 osoby), dosahují GDS skóre 8. Výsledek srovnání přehledně znázorňuje graf č. 23. GDS skóre úměrně stoupá v souvislosti s frekvencí pocitu nudy.

Šestou hypotézu považuji za **potvrzenou**.

**Tabulka 25: GDS skóre v souvislosti s pocitem nudy**

GDS skóre v souvislosti s pocitem nudy		
Jak často se respondenti nudí	GDS skóre	Počet osob
Vůbec nikdy	2,32	88
1x měsíčně	3,00	6
1x týdně	4,67	9
Každý den	8,00	3
Celkem	2,72	106



**Graf 23: GDS skór v souvislosti s pocity nudy**

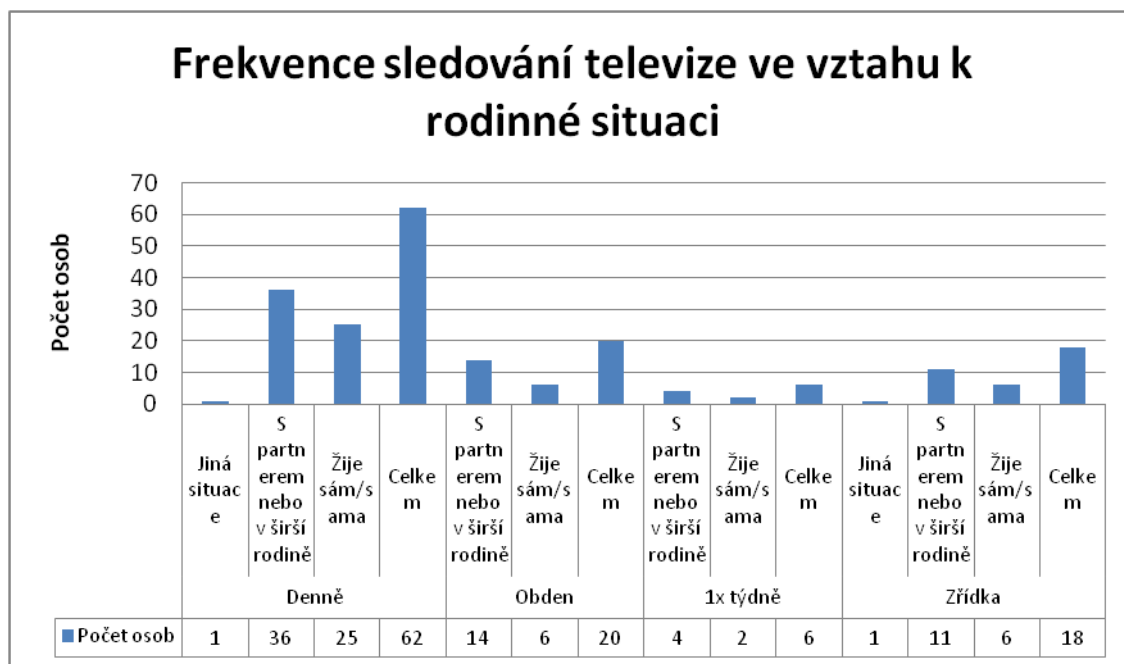
**Hypotéza č. 7 - Předpokládám, že senioři, kteří žijí sami, sledují televizi častěji oproti těm, kteří žijí s partnerem nebo v širší rodině.**

Tabulka č. 26 a graf č. 24 znázorňují frekvenci sledování televize ve vztahu k rodinné situaci. 58 % seniorů, kteří uvedli, že sledují televizi denně, žijí s partnerem nebo v širší rodině. Téměř srovnatelná skupina seniorů (40 %), kteří sledují televizi každý den, žije sama. Výsledek šetření naznačuje, že rodinná situace nemá velký vliv na frekvenci sledování televize. Přesnější tvrzení by vyžadovalo podrobnější statistické zpracování.

Sedmou hypotézu považuji za **nepotvrzenou**.

Tabulka 26: Frekvence sledování televize ve vztahu k rodinné situaci

Frekvence sledování televize ve vztahu k rodinné situaci			
Frekvence sledování televize	Rodinná situace	Počet osob	%
Denně	Jiná situace	1	2%
	S partnerem nebo v širší rodině	36	58%
	Žije sám/sama	25	40%
	Celkem	62	100%
Obden	S partnerem nebo v širší rodině	14	70%
	Žije sám/sama	6	30%
	Celkem	20	100%
1x týdně	S partnerem nebo v širší rodině	4	67%
	Žije sám/sama	2	33%
	Celkem	6	100%
Zřídka	Jiná situace	1	6%
	S partnerem nebo v širší rodině	11	61%
	Žije sám/sama	6	33%
	Celkem	18	100%



Graf 24: Frekvence sledování televize ve vztahu k rodinné situaci

## 5.8 Shrnutí výzkumu

Praktická část diplomové práce se zabývala dotazníkovým šetřením o aktivitách a kvalitě života seniorů. Výsledky průzkumu ukázaly, že senioři, kteří jsou aktivní, prožívají stáří kvalitněji. Na rozdíl od těch, kteří aktivní nejsou a jejich prožité stáří nedosahuje takové kvality. Dále vyplynulo, že ti, kteří vyvíjejí fyzickou a psychickou aktivitu, se cítí zdravější. Aktivní senioři se méně nudí.

Významný výsledek z šetření vyplynul ohledně výskytu depresivity u seniorů. V souboru dotazovaných respondentů byl naměřen velmi nízký GDS skóre. Dokonce necelých 90 % seniorů bylo vyhodnoceno bez deprese. Jako protiklad uvádím údaje Holmerové z roku 2006 (in Venglářová, 2007) z výzkumů, kdy přes 50 % seniorů v ústavní péči trpí příznaky deprese. Rovněž Kalvach (2004) uvádí, že *"vyšší výskyt deprese ve stáří bývá zjišťován u pacientů v ústavní péči nebo u osaměle žijících lidí."* Z dotazníkového šetření vyplývá závěr, že nízká celková aktivnost seniorů je vážným rizikovým faktorem depresivity ve stáří.

Dotazníkové šetření proběhlo mezi aktivními seniory z Prahy a okolí, kteří se zapojují do činností v klubech seniorů a do cvičení v Sokole. Jistě by bylo zajímavé uskutečnit další průzkum ohledně kvality života aktivních seniorů s kontrolní skupinou těch, kteří tráví svůj volný čas jinak než organizovaně. Další skupinou pro srovnání by mohli být senioři, kteří bydlí v malém městě nebo na vesnici.

Otázky dotazníku jsem sestavila s přihlédnutím k sedmi stanoveným hypotézám. Již v průběhu zadávání dotazníkového šetření jsem ze spolupráce se seniory získala pocit, že cíl průzkumu tj. mimo jiné potvrdit kladný vliv psychické a fyzické aktivity na kvalitu života ve stáří, se naplní. Zapůsobil na mě zájem o průzkum a ochota dotazník vyplňovat.

Z grafického i tabulkového znázornění výsledků šetření jsem konstatovala fakta, která jsem okomentovala ve vyhodnocení stanovených hypotéz. Pozitivní vliv aktivit na kvalitu života ve stáří se potvrdil.



## Závěr

Odedávna hledají lidé způsoby, jak prodloužit délku života. Stárnutí a stáří jsou nezměnitelné skutečnosti, se kterými se mnozí neradi vyrovnávají. Na stáří se připravujeme celý život. Naším přáním je všeobecně zlepšit kvalitu života ve stáří na takovou úroveň, která by umožnila zachovat si co nejdéle pevné zdraví, vitalitu a soběstačnost.

Nejrůznější aktivity seniorů, o kterých je v této práci psáno, jsou jedním z hlavních faktorů, které se významně kladně podílejí na životním stylu třetí generace. Pod pojmem "kvality života" má každý svoji vlastní představu odvíjející se od osobních hodnot a potřeb. Potěšující je fakt, že snaha o zdokonalování péče o seniory se v ČR stále mírně zvyšuje. Cílem mé práce bylo mimo jiné popsat multifaktorální dopad aktivit na život seniorů. Snažila jsem se o vyvážené pojmenování vlivů působících na populaci seniorského věku. V jednotlivých kapitolách jsem postupně nejen popisovala, ale zároveň zdůrazňovala kladné účinky uvedených vlivů a aktivit na kvalitu života seniorů.

Při studování odborné literatury jsem na internetu vložila do vyhledavače slovo "stáří". Zobrazilo se nepřeberné množství odkazů na toto téma. O stáří již bylo mnoho napsáno. Chtěla bych proto na tomto místě v samém závěru své práce zmínit jeden velice důležitý pohled na seniorský život. Tím je pro mě osobní, konkrétní a současné soužití s rodiči a prarodiči. Následující řádky jsou mojí vlastní asociací týkající se věku. Chci zdůraznit, že vše, o čem se zmiňuji v předchozích kapitolách, mohu odsouhlasit a osobně potvrdit jako pravdivou výpověď o generaci seniorů přímo z mého současného života naší rodiny. Bohužel ze všech mých prarodičů už s námi žije jen babička ze strany mého otce. Mám již i tyto smutné zkušenosti s odcházením ze života nejbližších osob, které se neodmyslitelně a neodvratitelně vztahují k soužití s osobami vyššího věku. Naučili jsme se všichni společně jako rodina pečovat o své prarodiče, a to pomocí psychickou i fyzickou v době jejich stáří bez vážných nemocí, ale dokázali jsme se o ně postarat i v těžkém období v poslední fázi života. Vždy jsme podporovali a nadále podporujeme každou z aktivit, kterou se naše babička zabývá, neboť si zřetelně uvědomujeme pozitivní vliv, který na kvalitu jejího života mají. Naše třígenerační soužití v rodinném domku je tím nejpresvědčivějším důkazem toho, že právě rodinná soudržnost, společné dlouhodobé bezproblémové soužití a duševní i fyzická aktivita, jsou zárukou prožití kvalitního stáří v kruhu nejbližších. Jsem vděčná za všechny kladné vlastnosti, které jsem postupně mohla přebírat od svých prarodičů. Několikrát již v této práci zaznělo, že aktivita má všeobecně pozitivní vliv na kvalitu seniorova života.

Uvědomuji si, jak je úžasné mít nablízku spokojenou seniorku - babičku, která prožívá spokojené a důstojné stáří. Vyzařuje nekonečnou trpělivost, zvláště v dnešní uspěchané době, poklid, vlídnost a laskavost. Z osobní praxe pak mohu zas jen potvrdit mnoho dalších výhod soužití generací. Žije-li senior důstojné stáří za pomoci generace svých dětí a vnuků, s pocitem vlastní spokojenosti, automaticky předává své cenné životní zkušenosti a mladší "pečovatelská" generace je podvědomě přijímá. Problematika stárnoucí společnosti je v současnosti často diskutovaným problémem. Důslednou péčí a zájmem o vlastní zdraví je možné mnohé ovlivnit.

Z dotazníkového šetření mé diplomové práce jasně vyplynulo, že jakoukoli vhodnou aktivitou lze projevy stárnutí zmírnit a zpomalit. Jedním z ukazatelů civilizovanosti země je dnes dlouhověkost. Česká republika je civilizovaná země. Z mého průzkumu vyvozují rovnici mezi aktivností a kvalitou života seniorů. Aktivita ve stáří se rovná jeho kvalitnějšímu prožití. Nabízejí se doporučení pro spokojený seniorský život: "Pravidelným cvičením udržujeme svoji fyzickou formu. Neustále zaměstnávejme svůj mozek, mějme pozitivní vztah k životu. Dodržujme vyváženou životosprávu. Utužujme rodinné vztahy a navštěvujme své příbuzné a známé. Chod'me za kulturou... Jedině aktivní stáří nám umožní zůstat v dobré psychické i fyzické kondici!"

## **Shrnutí**

Diplomová práce je zaměřena na rozbor vlivu aktivity na kvalitu života seniorů. Základem vychází ze studia odborné literatury a také ze zjištěných informací o dané problematice.

Práce vysvětluje mnoho pojmů, které úzce souvisejí se stárnutím a stářím. Jsou zde zmíněny vědy, které se těmito obory zabývají. Podává přehled současného systému péče o seniory v České republice. Zaměřuje se nejen na teoretické vymezení faktorů kvality seniorského života. Zejména vyzdvihuje kladný vliv vhodných aktivit na průběh stáří.

Výzkumná část popisuje poznatky, které vyplynuly z dotazníkového průzkumu mezi seniory. Je zaměřena na zjišťování míry spokojenosti generace třetího věku s průběhem vlastního života v současnosti. Speciálně se zabývá průzkumem souvislostí mezi aktivním životem a jeho kvalitou. Výsledek průzkumu kopíruje skoro přesně všechny poznatky, které jsou již dávno všeobecně známé a vědecky dokázané.

## **Summary:**

The thesis focuses on analyzing the impact of activities on quality of life of the older people. The basis comes from the study of literature and also from information collected on the issues.

The work explains many concepts which are closely associated with age and aging. It includes the sciences which deal with that domain. Thesis provides an overview of the current system of care for older people in the Czech Republic. It focuses not only on theoretical definition but also on factors describing the quality of life for seniors, especially the positive highlights and the impact of appropriate activities on the course of aging.

The research section describes findings which have emerged from the survey among seniors. It is focused on determining the degree of satisfaction for the Generation of the Third Age with the course of life at the present. Specifically it deals with the exploration of the relationship between an active life and the quality of life. The result of the survey reflects almost exactly all the information which has long been well known and scientifically proven.

## Seznam tabulek

Tabulka 1: Model čtyř kvalit života.....	16
Tabulka 2: Rozdělení respondentů dle aktivity .....	53
Tabulka 3: Rozdělení respondentů dle typu aktivity .....	54
Tabulka 4: Věková struktura respondentů .....	55
Tabulka 5: Respondenti podle pohlaví .....	56
Tabulka 6: Rozdělení respondentů dle rodinného stavu .....	57
Tabulka 7: Rozdělení respondentů dle rodinné situace .....	57
Tabulka 8: Četnosti aktivit respondentů .....	59
Tabulka 9: Frekvence sledování televize.....	60
Tabulka 10: Nabídka aktivit pro seniory .....	61
Tabulka 11: Počet respondentů ve vztahu k frekvenci aktivit pro seniory .....	62
Tabulka 12: Setkávání s vrstevníky .....	63
Tabulka 13: Frekvence setkávání s vrstevníky .....	64
Tabulka 14: Pocity nudy .....	65
Tabulka 15: Četnost požadovaných změn .....	66
Tabulka 16: Aktivní život.....	67
Tabulka 17: Ideální frekvence cvičení podle respondentů .....	68
Tabulka 18: Reálná frekvence cvičení respondentů .....	69
Tabulka 19: Subjektivní pocit zdraví.....	70
Tabulka 20: Omezení v aktivitách ve vztahu ke zdraví.....	71
Tabulka 21: Výskyt deprese u respondentů .....	73
Tabulka 22: GDS skór podle typu aktivity .....	74
Tabulka 23: GDS skór dle typu aktivity - souhrn .....	75
Tabulka 24: Počet respondentů s ohledem na frekvenci jejich cvičení a zdravotní stav .....	75
Tabulka 25: GDS skór v souvislosti s pocity nudy .....	77
Tabulka 26: Frekvence sledování televize ve vztahu k rodinné situaci.....	79

## Seznam grafů

Graf 1: Rozdělení respondentů dle aktivity .....	54
Graf 2: Rozdělení respondentů dle typu aktivity .....	54
Graf 3: Věková struktura respondentů .....	55
Graf 4: Respondenti podle pohlaví .....	56
Graf 5: Rozdělení respondentů dle rodinného stavu .....	57
Graf 6: Rozdělení respondentů dle rodinné situace .....	58
Graf 7: Četnosti aktivit respondentů .....	59
Graf 8: Frekvence sledování televize .....	60
Graf 9: Nabídka aktivit pro seniory .....	61
Graf 10: Počet respondentů ve vztahu k frekvenci aktivit pro seniory .....	62
Graf 11: Setkávání s vrstevníky .....	63
Graf 12: Frekvence setkávání s vrstevníky .....	64
Graf 13: Pocity nudy .....	65
Graf 14: Četnost požadovaných změn .....	66
Graf 15: Aktivní život .....	67
Graf 16: Ideální frekvence cvičení podle respondentů .....	68
Graf 17: Reálná frekvence cvičení respondentů .....	69
Graf 18: Subjektivní pocit zdraví .....	70
Graf 19: Omezení v aktivitách ve vztahu ke zdraví .....	71
Graf 20: Výskyt deprese u respondentů .....	73
Graf 21: GDS skór podle typu aktivity .....	74
Graf 22: Počet respondentů s ohledem na frekvenci jejich cvičení a zdravotní stav .....	76
Graf 23: GDS skór v souvislosti s pocity nudy .....	78
Graf 24: Frekvence sledování televize ve vztahu k rodinné situaci .....	79

## Seznam literatury:

### a) Prameny

1. DRAGOMIRECKÁ, E. *Prediktory kvality života ve vyšším věku*. Disertační práce. Školitel doc. PhDr. Jan Srnec, CSc. Univerzita Karlova v Praze, Filozofická fakulta, Katedra psychologie, obor klinická psychologie. Praha: 2007
2. GRUBEROVÁ, B. *Gerontologie*. České Budějovice: Jihočeská univerzita - Zdravotně sociální, 1998. ISBN 80-7040-286-5
3. GRÜN, A. *Život je teď, umění stárnout*. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-749-7
4. HAŠKOVCOVÁ, H. *České ošetrovatelství 10. Manuálek sociální gerontologie*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotních oborů v Brně, 2006. ISBN 80-7013-363-5
5. HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*. Praha: Panorama, 1989. ISNB 80-7038-158-2
6. HOLMEROVÁ, I., JURAŠKOVÁ, B., ZIKMUNDOVÁ, K. a kol. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. Praha: Gerontologické centrum, 2007. ISBN 978-80-254-0179-8
7. HOLMEROVÁ, I., JURAŠKOVÁ, B., ZIKMUNDOVÁ, K. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. Česká alzheimerská společnost za podpory EU, programu PHARE – Rozvoj občanské společnosti a Ministerstva zdravotnictví ČR, 2003. ISBN 80-86541-12-6
8. HOLMEROVÁ, I. 2003. *Problematika pečujících rodin, možnosti pomoci a podpory*. Česká geriatrická revue 2003, roč. 1, č. 2, s. 33-37. ISSN: 1214-0732
9. JANEČKOVÁ, H. *Bydlení seniorů - kvalita domova jako podmínka kvality života*. Gerontologické aktuality, 2005, č. 8, s. 17-19
10. KALVACH, Z. a kol. *Úvod do gerontologie a geriatrie: I. díl Gerontologie obecná a aplikovaná*. Praha: Univerzita Karlova v Praze - Nakladatelství Karolinum, 1997. ISNB 80-7184-366-0
11. KALVACH, Z. *Geriatrie a gerontologie*. Praha: Grada, 2004. ISNB 80-247-0548-6
12. KALVACH, Z., ONDERKOVÁ, A. *Stáří. Pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů v ošetrovatelské praxi*. Praha: Galén, 2006. ISBN 80-7262-455-5
13. KALVACH, Z., ZADÁK, Z., JIRÁK, R., ZAVÁZALOVÁ, H., HOLMEROVÁ, I., WEBER, P., a kol. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2490-4

14. KLÁN, J., TOPINKOVÁ, E. 2003. *Pády a jejich rizikové faktory ve stáří*. Česká geriatrická revue 2003, roč. 1, č. 2, s. 38-43. ISSN: 1214-0732
15. MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. *Kvalita života ve stáří. Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008 až 2012*. Praha: Mnísterstvo práce a sociálních věcí, 2008. ISBN 978-80-86878-65-2
16. ONDRUŠOVÁ, J. 2009. *Měření kvality života ve stáří*. Česká geriatrická revue 2009, roč. 7, č. 1, s. 36-39. ISSN: 1214-0732
17. PACOVSKÝ, V., HEŘMANOVÁ, H. *Gerontologie*. Praha: Avicenum, 1981
18. PAYNE, J. a kol. *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton, 2005. ISNB 80-7254-657-0
19. PEKAROVIČ, P. *Vývoj a vlastnosti psychiky ve stáří*. Praha: Prakt. lék., 1984
20. ŘÍČAN, P. *Cesta životem*. Praha: Panorama, 1990. ISBN 80-7038-078-0
21. SÝKOROVÁ, D. *Autonomie ve stáří*. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON), 2007. ISBN 978-80-86429-62-5
22. ŠIKLOVÁ, J. *Dopisy vnučce*. Praha: Kalich, 2007. ISBN 978-80-7017-057-1
23. ŠTILEC, M. *Pohybové - relaxační programy pro starší občany*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Nakladatelství Karolinum, 2004. ISBN 80-246-0788-3
24. TOPINKOVÁ, E., NEUWIRTH, J. *Geriatric pro praktického lékaře*. Praha: Grada, 1995. ISBN 80-7169-099-6
25. VAĐUROVA, H., MÜHLPACHR P. *Kvalita života*. Brno: Masarykova univerzita, 2005. ISNB 80-210-3754-7
26. VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie II*. Praha: Karolinum, 2007. ISBN 978-80-246-1318-5
27. VENGLÁŘOVÁ, M. *Problematické situace v péči o seniory*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-2170-5
28. ZAVÁZALOVÁ, H. a kol. *Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie*. Praha: Univerzita Karlova v Praze - Nakladatelství Karolinum, 2001. ISBN 80-246-0326-8

b) Sekundární literatura

1. FÜRST, M. *Psychologie*. Olomouc: Votobia, 1997. ISBN 80-7198-199-0
2. GIDDENS, A. *Sociologie*. Praha: Argo, 1999. ISBN 80-7203-124-4
3. HOLM, N. G. *Úvod do psychologie náboženství*. Praha: Portál, 1998. ISBN 80-7178-217-3



4. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-551-2
5. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada, 2002. ISBN 80-247-0179-0
6. SOKOL, J. *Filosofická antropologie*. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-627-6

c) Užití encyklopedie a slovníky

1. MAŘIKOVÁ, H., PETRUSEK, M., VODÁKOVÁ, A. a kol. *Velký sociologický slovník I., II.* Praha: Karolinum, 1996. ISNB 80-7184-164-1

d) Elektronické dokumenty nebo jejich části

1. CENTRUM KOMUNITNÍCH SLUŽEB MĚSTA ŘÍČANY. *Klub Senior* [online] 2011 [cit. 2011-05-25]. Dostupné z: <<http://cks-ricany.cz/cz/>>
2. CENTRUM SOCIÁLNÍCH SLUŽEB BĚCHOVICE. *Aktivity při Centru sociálních služeb Běchovice*. [online] 2011 [cit. 2011-05-25]. Dostupné z: <<http://www.cssb.cz/>>
3. DRAGOMIRECKÁ, E. Kvalita života [online]. Kostelec nad Černými: Institut zdravotní politiky a ekonomiky, 2004 [cit. 2011-05-15]. *Kvalita života u seniorů - mezinárodní výzkum*, Dostupné z: <<https://www.ipvz.cz/download.aspx?item=1105&%3E>>
4. HOLMEROVÁ, I., PAVLATOVÁ, E. *My seniorům a seniori sobě* [online] 2008 [cit. 2011-06-03]. Dostupné z: <<http://www.zdn.cz/clanek/zdravotnicke-noviny/my-seniorum-a-seniori-sobe-379805>>
5. HOSPICOVÉ OBČANSKÉ SDRUŽENÍ CESTA DOMŮ. *Respektování lidské důstojnosti*. [online] 2004 [cit. 2011-06-10]. Dostupné z: <<http://www.cestadomu.cz/res/data/028/003427.pdf>>
6. CHOCHINOV, H. M. *Dignity and the essence of medicine: the A, B, C, and D of dignity conserving care*. [online] 2007 [cit. 2011-05-28]. Dostupné z: <<http://www.bmj.com/content/335/7612/184.full?sid=7813af0f-f795-48a6-b0f7-b82e4bc8b0ba>>
7. KUCHAROVÁ, V., RABUŠIC, L., EHRENBERGEROVÁ, L. *Život ve stáří*. [online] Praha: VÚPSV, Socioklub, 2002. [cit. 2011-06-08]. Dostupné z: <<http://praha.vupsv.cz/Fulltext/zivest.pdf>>
8. MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. *Důchodová reforma*. [online] 2011 [cit. 2011-06-15]. Dostupné z:

- <<http://www.mpsv.cz/cs/10450>>
9. OBLASTNÍ SPOLEK ČESKÉHO ČERVENÉHO KŘÍŽE PRAHA 1. *Otevřený klub seniorů*. [online] 2011 [cit. 2011-05-25]. Dostupné z: <<http://www.cckpraha1.cz/seniory.htm>>
10. PORTÁL VEŘEJNÉ SPRÁVY ČESKÉ REPUBLIKY. *Zákon č. 108/2006 Sb., ve znění pozdějších předpisů*. [online] 2011 [cit. 2011-06-16]. Dostupné z: <[http://portal.gov.cz/wps/portal/\\_s.155/701?number1=108%2F2006&number2=&name=&text=](http://portal.gov.cz/wps/portal/_s.155/701?number1=108%2F2006&number2=&name=&text=)>
11. ŠOLCOVÁ, I., KEBZA, V. Kvalita života[online]. Kostelec nad Černými: Institut zdravotní politiky a ekonomiky, 2004 [cit. 2011-05-15]. *Kvalita života v psychologii: Osobní pohoda (well-being), její determinanty a prediktory*, Dostupné z: <<https://www.ipvz.cz/download.aspx?item=1105&%3E>>
12. TĚTOCVIČNÁ JEDNOTA SOKOL PRAHA – KRÁLOVSKÉ VINOHRADY. *Sokolské cvičení*. [online] 2011 [cit. 2011-05-26]. Dostupné z: <<http://www.sokolvinohrady.cz/>>
13. TĚTOCVIČNÁ JEDNOTA SOKOL PRAHA – PODOLÍ. *Věrná garda*. [online] 2011 [cit. 2011-05-26]. Dostupné z: <<http://www.sokol-podoli.info/oddily/verna-garda/>>
14. VEENHOVEN, R. *The four qualities of life*. New York: 2000, vol 1, pp 1-39 [online] 2000 [cit. 2011-06-05]. Dostupné z: <<http://www2.eur.nl/fsw/research/veenhoven/Pub2000s/2000c-full.pdf>>
15. VIDOVIČOVÁ, L., RABUŠIC, L. *Senioři a sociální opatření v oblasti stárnutí v pohledu české veřejnosti*. Brno: VÚPSV Praha výzkumné centrum Brno. [online] 2003 [cit. 2011-05-28]. Dostupné z: <<http://praha.vupsv.cz/Fulltext/vidrab.pdf>>
16. VIDOVIČOVÁ, L., RABUŠIC, L. Zajištění potřeb seniorů s důrazem na roli nestátního sektoru. [online] Praha: VÚPSV, v.v.i., 2008 [cit. 2011-05-31]. Dostupné z: <[http://praha.vupsv.cz/Fulltext/vz\\_260.pdf](http://praha.vupsv.cz/Fulltext/vz_260.pdf)>
17. SVĚTOVÁ ZDRAVOTNICKÁ ORAGNIZACE, *Zdraví21*. [online] 1999 [2011-06-02]. Dostupné z: <<http://www.who.cz/PDF/Zdravi21.pdf>>

## **Seznam příloh**

- Příloha č. 1: Dotazník k výzkumu k magisterské práci na téma: " Vliv aktivity na kvalitu života seniorů" (dotazník)

## Přílohy

Příloha č. 1: Dotazník k výzkumu k magisterské práci na téma: " Vliv aktivity na kvalitu života seniorů"

***Dobrý den,***

***ráda bych Vás požádala o vyplnění následujícího dotazníku. Výsledky dotazníku budou použity v mé magisterské práci.***

***Veškeré informace jsou anonymní!***

.....

**Dotazník k výzkumu k magisterské práci na téma: "Vliv aktivity na kvalitu života seniorů"**

Věk: .....

Pohlaví:

- a) žena
- b) muž

Rodinný stav:

- a) svobodný/svobodná
- b) ženatý/ vdaná
- c) rozvedený/rozvedená
- d) vdovec/vdova

Rodinná situace:

- a) žiji sám/sama
- b) s partnerem
- c) v širší rodině
- d) jiná situace

1. Věnujete svůj čas nějaké aktivitě? (Možnost zaškrtnout maximálně tři aktivity)

- a) Procházky
- b) Návštěvy u známých
- c) Sport, cvičení, tělesná aktivita
- d) Kultura
- e) Četba
- f) Péče o vnoučata
- g) Jiné (Co?)

2. Jak často sledujete televizi?

- a) Vůbec
- b) Zřídka
- c) 1x týdně
- d) Obden
- e) Denně

3. Máte ve svém okolí možnost věnovat se aktivitám určeným seniorům?

- a) Ano (Jak často?).....
- b) Ne (Co byste využil/využila?).....

4. Setkáváte se svými vrstevníky?

- a) Ano (Jak často?).....
- b) Ne (Proč?).....

5. Jak často se Vám stane, že se nudíte?

- a) Vůbec nikdy
- b) 1x měsíčně
- c) 1x týdně
- d) Každý den

6. Co byste ve svém životě změnili?

- a) Vztahy v rodině
- b) Zdravotní stav
- c) Finanční situaci
- d) Více možností vyžití v okolí bydliště pro seniory
- e) Bytovou situaci
- f) Jiné (Co?)

7. Myslíte si, že svůj život žijete aktivně?

- a) Ano
- b) Ne

8. Jak často by měl člověk ve Vašem věku cvičit?

- a) Denně
- b) Několikrát týdně
- c) Několikrát měsíčně
- d) Vůbec

9. Jak často cvičíte Vy?

- a) Denně
- b) Několikrát týdně
- c) Několikrát měsíčně
- d) Vůbec

10. Cítíte se zdrav?

- a) Ano
- b) Ne

11. Myslíte si, že Vás Vaše zdravotní problémy omezují v aktivitách?

a) Ano

b) Ne

12. Co je pro Vás v životě nejdůležitější?

.....

.....

.....

Prostor pro vaše připomínky a návrhy

.....

.....

.....

### Otázky:

1. Jste v podstatě spokojený(-á) se svým životem?	ano/NE
2. Vzdal(-a) jste se v poslední době mnoha činností a zájmů?	ANO/ne
3. Máte pocit, že Váš život je prázdný?	ANO/ne
4. Nudíte se často?	ANO/ne
5. Máte většinou dobrou náladu?	ano/NE
6. Obáváte se, že se Vám přihodí něco zlého?	ANO/ne
7. Cítíte se převážně šťastný(-á)?	ano/NE
8. Cítíte se často bezmocný(-á)?	ANO/ne
9. Vysedáváte raději doma, než byste šel(šla) mezi lidi a seznamoval(-a) se s novými věcmi?	ANO/ne
10. Myslíte si, že máte větší potíže s pamětí než Vaši vrstevníci?	ANO/ne
11. Myslíte si, že je krásné žít?	ano/NE
12. Napadá Vás někdy, že Váš život nestojí za nic?	ANO/ne
13. Cítíte se plný(-á) elánu a energie?	ano/NE
14. Máte pocit, že Vaše situace je beznadějná?	ANO/ne
15. Myslíte se, že většina lidí je na tom lépe než vy?	ANO/ne

### Hodnocení:

Každá odpověď vytištěná tučně velkými písmeny = 1 bod	
Bez deprese - norma	00 – 05 bodů
Mírná deprese	06 – 10 bodů
Manifestní deprese vyžadující odborníka - těžká deprese	Nad 10 bodů

zdroj: Holmerová a kol., 2007